RAPPORT ANNUEL
de gestion 2005 . 2006

Québec

Adopté par résolution du conseil d'administration le 27 septembre 2006

Ce document a été réalisé par :

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
1, 9e Rue
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9

Téléphone : 1-819-764-3264
Télécopieur : 1 -819-797-1947

Manon Cliche, commis senior, pour la conception graphique,
sous la coordination de Nicole Desgagnés, adjointe au directeur à
la Direction générale adjointe, en collaboration avec le personnel de
toutes les directions et service.

ISBN : 2-89391-279-6

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2006
Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Canada, 2006

Note : Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte. Il désigne tant les hommes que les femmes.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

2008-04020/

TABLE DES MATIÈRES

Liste des sigles et acronymes vii
Liste des tableaux ix

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION xi

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS xv

1

RÔLE ET ÉTAT GÉNÉRAL DE FONCTIONNEMENT DE L'AGENCE 1

La mission, le territoire, la population 3
Le plan d'organisation, l'organigramme et les effectifs de l'Agence 4
Le réseau d'établissements de santé et de services sociaux 6
Les organismes communautaires 6
Le conseil d'administration 7
Les instances consultatives 8
La Commission infirmière régionale (CIR) 8
La Commission médicale régionale (CMR) 9
La Commission multidisciplinaire régionale (CMUR) 10
La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée 10
Le Département régional de médecine générale (DRMG) 10
Le Département régional de médecine spécialisée (DRMS) 11

2

ACTIVITÉS DE L'AGENCE 13

Les activités de l'Agence et des établissements de l'Abitibi-Témiscamingue 15
Projet clinique et organisationnel 15
Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) 15
Les affaires médicales 17
Plans régionaux d'effectifs médicaux en médecine générale et en spécialité 17
Groupe de médecine de famille 19
Les activités régionales en santé et services sociaux 20
Amélioration de la qualité des services 20
↳ Plaintes à l'Agence et dans les établissements 20
↳ Visites d'appréciation de la qualité des services 21
↳ Services en langue anglaise 22
↳ Communautés autochtones 22
↳ Prestation sécuritaire des services 22
↳ Prévention des Infections nosocomiales 23
↳ Analyse différenciée selon les sexes 23
↳ Services préhospitaliers d'urgence 24

Programmes de services 24
Santé publique 24
↳ Jeunes et familles 25
↳ Tabagisme 26
↳ Dépistage du cancer du sein 27
↳ Infections transmissibles sexuellement et par le sang 28
↳ Connaissance et surveillance 29
↳ Animation de jeunes en milieu rural 29
↳ École en santé 30
↳ Allaitement maternel 31
↳ Recherche sur les communautés 32
↳ Santé environnementale 32
Services généraux 32
↳ Services infirmiers et psychosociaux généraux 34
Perte d'autonomie liée au vieillissement 37
Déficience physique 37
Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement 39

Jeunes en difficulté 43
Dépendances 45
Santé mentale 47
Santé physique 50
↳Services d'urgence 50
↳Soins palliatifs 51
↳Lutte contre le cancer 52
↳Cancer 52
↳Cardiologie tertiaire 53
↳Chirurgie 54
↳Activités chirurgicales 55
↳Activités transfusionnelles 56
↳Maladies chroniques 58

Programmes de soutien 58
Les ressources humaines 63
Les ressources financières 65
Les ressources matérielles 67
Les ressources informationnelles 69

3 ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SUBVENTIONNÉS PAR L'AGENCE 71

Le respect des règles et des normes édictées par le Ministère 72
Le comité de partenariat 72
L'économ sociale 73

4 DONNÉES FINANCIÈRES 75

Situation financière de l'Agence 75
Rapport de la direction 76
Rapport du vérificateur sur les états financiers condensés 77
Fonds d'exploitation – État des résultats – Exercice terminé le 31 mars 2006 77
Fonds des activités régionalisées – État des résultats – Exercice terminé le 31 mars 2006 78
Fonds combinés – État des soldes de fonds – Exercice terminé le 31 mars 2006 78
Fonds d'exploitation – Bilan au 31 mars 2006 79
Fonds des activités régionalisées – Bilan au 31 mars 2006 79
Fonds des immobilisations – Bilan au 31 mars 2006 80
Sommaire des fonds affectés cumulés – Bilan et solde de fonds au 31 mars 2006 81
Fonds affectés – Sommaire des bilans et état de la provenance et de l'utilisation des fonds au 31 mars 2006 83
État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits – Exercice terminé le 31 mars 2006 84
Notes aux états financiers – Exercice terminé le 31 mars 2006 89
Situation financière des établissements 89
Budget net de fonctionnement excédent ou (déficit) au 31 mars 2006 90
Autorisations d'emprunt temporaire accordée au 31 mars 2006 91
Subventions aux organismes communautaires 95

5 CODE D'ÉTHIQUE DES ADMINISTRATEURS PUBLICS DE L'AGENCE 97

Introduction 98
Déclaration de principe 98
Objectif du code d'éthique 99
Personnes concernées par le code d'éthique 99
Devoirs et obligations 99
Règles relatives aux conflits d'intérêts, de rôles et de responsabilités 99

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Déclaration d'intérêt 100
Activités politiques 100
Règles relatives aux assemblées 101
Interdiction des pratiques reliées à la rémunération 101
Devoirs et obligations de l'après-mandat 101
Mécanisme d'application et de respect du code 101
Enquête et immunité 102
Publicité du code d'éthique 102

Annexe 1 au Code d'éthique – Déclaration des intérêts des administrateurs publics 105
Annexe 2 au Code d'éthique – Engagement personnel 106
Annexe 3 – Effectifs des établissements au 31 mars 2006 107

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AGENCE	Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
AERRI	Architecture d'entreprise régionale en ressources informationnelles
AEO	Accueil, évaluation, orientation
AMP	Activités médicales particulières
CA	Conseil d'administration
CALAC	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CCRSSS	Comité de coordination réseau santé et services sociaux
CDPDJ	Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse
CECII	Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIIA	Comité d'infirmières et infirmiers auxiliaires
CIR	Commission infirmière régionale
CJAT	Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue
CLARA	Clinique ambulatoire de radiologie
CLE	Centre local d'emploi
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMR	Commission médicale régionale
CMUR	Commission multidisciplinaire régionale
CPE	Centre de la petite enfance
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CQTS	Conseil québécois sur le tabac et la santé
CPS	Comité de prévention du suicide
CR	Centre de réadaptation
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRJDA	Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité au travail
CVCA	Chauffage, ventilation et conditionnement d'air
DG	Directrices ou directeurs généraux
DI	Déficience intellectuelle
DRH	Directrices ou directeurs des ressources humaines
DRMG	Département régional de médecine générale
DRMS	Département régional de médecine spécialisée
DSI	Directrices ou directeurs des soins infirmiers
DSP	Directrices ou directeurs des services professionnels
ETC	Équivalent temps complet
ETP	Équivalent temps plein
FADOQ	Fédération de l'Âge d'Or du Québec
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
GESTRED	Système de suivi de gestion et de reddition de comptes
GMF	Groupe de médecine de famille
GNAGRQ	Groupe national de gestion des risques et de la qualité
IAB	Initiatives Amis des bébés
ICI	Interventions comportementales intensives
IRM	Imagerie par résonance magnétique
ITSS	infection transmissible sexuellement et par le sang
MAD	Maintien à domicile
MADO	Maladies à déclaration obligatoire
MAINC	Ministère des Affaires indiennes et du Nord du Canada
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MRC	Municipalité régionale de comté
MSP	Ministère de la Sécurité publique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
N.D.	Non disponible
NE-GS	Naître égaux – Grandir en santé
OASIS	Outil d'alimentation des systèmes d'informations sociosanitaires
OLO	Oeuf, lait, orange
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
ORIIAT	Ordre régional des infirmières et infirmiers de l'Abitibi-Témiscamingue
OTMG	Organisation territoriale de médecine générale
PACE	Programme d'action communautaire envers les enfants
PAL	Plan d'action local de santé publique
PAR	Plan d'action régional de santé publique
PASM	Plan d'action en santé mentale

PCNP	Programme canadien de nutrition prénatale
PDG	Président-directeur général
PDRRI	Plan directeur régional des ressources informationnelles
PFT	Programme fonctionnel et technique
PMO	Planification de la main-d'oeuvre
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PRASAT	Progiciel d'assurance-salaire et d'accident de travail
PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
PREMO	Plan régional d'effectifs médicaux en omnipratique
PROS	Plan régional d'organisation de services
PSI	Plan de services individualisés
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
PSSF	Programme de santé spécifique à l'établissement
PSTOS	Plan stratégique triennal d'organisation de services
PUFTI	Politique d'utilisation du français dans les technologies de l'information
RAIDD-AT	Ressource d'aide et d'information en défense des droits de l'Abitibi-Témiscamingue
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RAPHAT	Regroupement d'associations de personnes handicapées de l'Abitibi-Témiscamingue
RASPHA	Regroupement d'es associations au service des personnes handicapées d'Amos
RFI	Réadaptation fonctionnelle intensive
RI	Ressource intermédiaire
RIAT	Rapport d'incident/accident transfusionnel
RLS	Réseaux locaux de services ou réseau local de services
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RTF	Ressource de type familial
RTSS	Réseau de télécommunication sociosanitaire
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SARAT	Société de l'autisme de la région de l'Abitibi-Temiscamingue
SATAS	Service d'aide et de traitement en apprentissage social
SHQ	Société d'habitation du Québec
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention
SIGDU	Système d'information de gestion dans les urgences
SIIATH	Système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance
SIR	Système d'information en radiologie
SISPUQ	Système d'information sur les services préhospitaliers d'urgence du Québec
S.O.	Sans objet
SOC	Soutien aux organismes communautaires
SPU	Service préhospitalier d'urgence
SRMO	Service régional de main-d'œuvre
TCC	Traumatisme cranio-cérébral
TED	Troubles envahissants du développement
UDI	Usagers de drogues injectables
UQAT	Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VVS	Villes et villages en santé
YAPP	Y'a personne de parfait

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Effectifs de l'Agence au 31 mars 2006	5
Tableau 2	Établissements de santé et de services sociaux au 31 mars 2006	6
Tableau 3	Corridors de services au 31 mars 2006	6
Tableau 4	Organismes communautaires subventionnés dans le cadre du programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) au 31 mars 2006	6
Tableau 5	Membres du conseil d'administration de l'Agence du 1er avril 2005 au 25 janvier 2006	7
Tableau 6	Membres du conseil d'administration de l'Agence au 31 mars 2006	7
Tableau 7	Membres de la Commission infirmière régionale au 31 mars 2006	8
Tableau 8	Membres de la Commission médicale régionale au 31 mars 2006	9
Tableau 9	Membres de la Commission multidisciplinaire régionale au 31 mars 2006	10
Tableau 10	Membres du Département régional de médecine générale au 31 mars 2006	11
Tableau 11	Membres du Département régional de médecine spécialisée au 21 novembre 2006	12
Tableau 12	Plan régional d'effectifs médicaux en spécialité en Abitibi-Témiscamingue au 31 mars 2006	18
Tableau 13	Plans d'effectifs médicaux en médecine générale par réseau local de services au 31 mars 2006	19
Tableau 14	Bilan des dossiers de plaintes reçues à l'Agence au 31 mars 2006	20
Tableau 15	Plaintes traitées par les commissaires locaux à la qualité des services dans les établissements au 31 mars 2006	20
Tableau 16	Plaintes traitées par les médecins examinateurs dans les établissements au 31 mars 2006	21
Tableau 17	Fonds d'exploitation – État des résultats - Exercice terminé le 31 mars 2006	77
Tableau 18	Fonds des activités régionalisées – État des résultats – Exercice terminé le 31 mars 2006	77
Tableau 19	Fonds combinés – État des soldes de fonds – Exercice terminé le 31 mars 2006	78
Tableau 20	Fonds d'exploitation – Bilan au 31 mars 2006	78
Tableau 21	Fonds des activités régionalisées - Bilan au 31 mars 2006	79
Tableau 22	Fonds des immobilisations – Bilan au 31 mars 2006	79
Tableau 23	Sommaire des fonds affectés cumulés – Bilan et soldes de fonds au 31 mars 2006	80
Tableau 24	Fonds affectés - Sommaire des bilans et état de la provenance et de l'utilisation des fonds au 31 mars 2006	81
Tableau 25	État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits – Exercice terminé le 31 mars 2006	83
Tableau 26	Budget net de fonctionnement - Excédent ou (déficit) au 31 mars 2006	89
Tableau 27	Autorisation d'emprunt temporaire accordée au 31 mars 2006	90
Tableau 28	Liste des organismes communautaires subventionnés par catégorie et par secteur d'activités au 31 mars 2006	91

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Mme Suzanne Huard
Présidente du conseil d'administration

M. Normand Leblanc
Président-directeur général

Garantir l'accès aux services

L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue a consenti des efforts et a investi des fonds importants en 2005-2006 dans le but d'améliorer l'offre de service aux citoyens et aux citoyennes de la région.

L'Agence a poursuivi la consolidation des services de première ligne par la création des groupes de médecine familiale (GMF) sur tout le territoire. On compte à l'heure actuelle quatre GMF en région (La Sarre, Témiscamingue, Amos, et bientôt Val-d'Or). Pour le territoire du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Lac-Témiscamingue, un groupe de médecins est à élaborer un projet de GMF. Par ailleurs, l'arrivée récente de dix omnipraticiens et de 24 spécialistes rétablit en partie la situation de pénurie de médecins.

Dans la même veine, mentionnons que grâce à la venue de médecins étrangers, l'équipe de pédiatrie à Rouyn-Noranda sera reconstituée dès septembre 2006.

En 2005-2006, l'Abitibi-Témiscamingue a connu une nette amélioration de la performance de ses urgences au cours de la dernière année. Ainsi, en 2002-2003, le pourcentage de personnes en attente de plus de 48 heures sur civière était de 4,7 %, alors qu'il se situe à 1,7 % en 2005-2006. La durée moyenne de séjour sur civière en Abitibi-Témiscamingue est de 10,1 heures, ce qui est sous la norme provinciale de douze heures.

Au plan des listes d'attente en chirurgie, en 2002-2003, 211 personnes étaient en attente de plus de six mois pour une chirurgie pour la cataracte. En 2005-2006, plus personne n'était en attente au-delà de six mois. Les listes d'attente pour les chirurgies de la hanche et du genou ont également diminué.

De manière générale, au 31 mars 2006, il n'y a plus aucune liste d'attente dans la région pour les services à domicile pour toutes catégories de clientèles incluant les personnes handicapées et les personnes âgées en perte d'autonomie.

Enfin, l'Agence a choisi de rehausser l'accessibilité des services à la population en instaurant dans chaque CSSS des cliniques interdisciplinaires. Ces cliniques soutiennent l'intervention des médecins auprès des personnes atteintes de maladies chroniques.

Informer la population avec promptitude

Renseigner la population, tant sur les services offerts sur son territoire que sur leur organisation et leur fonctionnement, est l'une des priorités à l'Agence. Ainsi, l'organisation prend tous les moyens pour rejoindre et entretenir des rapports privilégiés avec la population de son territoire. Elle intervient à plusieurs niveaux dans le but de diffuser une information claire, complète et la plus objective possible.

C'est avec cette intention que l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue mettait en ligne son site Internet le 23 mars 2006.

Ce site permet dorénavant à la population, aux professionnels, aux employés du réseau ainsi qu'aux journalistes d'avoir accès à de l'information variée, complète et mise à jour régulièrement. Il contient une vaste gamme de renseignements sur les activités de l'Agence, ses orientations ainsi que sur l'organisation et les services offerts au sein des établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Il fournit également aux internautes de l'information sur les dossiers chauds d'actualité, le calendrier des séances publiques du conseil d'administration, des communiqués de presse, des bulletins d'information produits par l'Agence ainsi qu'une multitude d'informations en santé publique à travers des capsules santé. Celles-ci traitent, entre autres, de l'activité physique, du tabagisme, du cancer du sein, de la vaccination, de la prévention de la violence, de la santé au travail, etc.

Ce site sera en constante évolution, alors n'hésitez pas : « Cliquez santé »
www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca .

Se tourner vers l'avenir

Le système de santé et de services sociaux doit s'adapter pour faire face à l'évolution des besoins de la population et intégrer les pratiques qui permettront de toujours mieux y répondre. Par conséquent, l'Agence de la santé et des services sociaux a orienté ses nouveaux crédits de développement de 1 307 414 $, octroyés par le MSSS, vers deux grandes priorités : les services aux jeunes et les services aux personnes âgées.

Les services aux jeunes
Le nombre de signalements en hausse et le taux de placement élevé dans la région démontrent clairement l'importance de développer les services de première ligne, et ce, dans une perspective d'un réseau intégré de services. Il apparaît indispensable de renforcer la collaboration autour des services aux jeunes, sur des bases régionale et locale, par des interventions de plusieurs disciplines (soins infirmiers, psychologie, travail social) et des actions issues de plusieurs secteurs (scolaire, municipal, etc.) visant la prévention et le traitement de plusieurs problématiques, notamment les dépendances et la santé mentale. Pour cette clientèle, les services viseront, entre autres, l'intervention intensive auprès des jeunes en difficulté et leur famille.

Par conséquent, tous les établissements de la région entreprennent dès maintenant une démarche d'amélioration de services pour les jeunes. L'Agence y contribuera autant sur le plan financier qu'au plan de son expertise.

Le vieillissement de la population
L'Agence a adopté, le 30 novembre 2005, son *Plan d'action régional pour faire face au vieillissement*. Les investissements de développement accordés à la région contribueront également à des activités associées à ce plan.

Ce plan d'action a été produit à la suite d'une consultation élargie mettant à profit des personnes âgées, des médecins, des intervenants, des groupes, des comités de travail, des regroupements de personnes qui s'intéressent aux conditions de vie et aux besoins des personnes âgées, telle la Table régionale des aînés.

Parmi les pistes d'action gagnantes suggérées, on retrouve la réalisation de projets au sein des collectivités. Cela signifie une augmentation concrète de services pour les personnes âgées. Ainsi, certains CSSS ont opté pour la mise sur pied de cliniques afin de soutenir l'intervention des médecins auprès des personnes diabétiques, d'autres assurent l'accès dans leur territoire d'une infirmière pivot pour les personnes atteintes de cancer. D'autres encore, développent des projets pour réduire les chutes.

La hiérarchisation des services médicaux, un défi majeur pour notre région

Un des principes fondamentaux de l'amélioration de l'accessibilité aux services est la hiérarchisation des services médicaux. Ce principe repose sur le postulat que la qualité des actes médicaux augmente lorsque les praticiens peuvent compter sur des collègues sur place ainsi que des plateaux techniques bien pourvus et un volume d'activités optimal.

Par conséquent, le modèle d'organisation de services repose sur une offre de service hospitalier de base dans chaque territoire de CSSS, des fonctions hospitalières régionales normalement situées dans un centre régional pour les services spécialisé de niveau 2 et 3, et enfin, nous pouvons compter sur les hôpitaux universitaires pour les services ultra-spécilisés.

La région a choisi, en 1994, de répartir les fonctions hospitalières régionales auprès de quatre centres : Amos, Rouyn-Noranda, Val-d'Or et La Sarre. Toutefois, le modus operandi n'est pas formellement établi.

Afin d'assurer une plus grande cohérence dans l'organisation, l'Agence a mis sur pied un Département régional de médecine spécialisée (DRMS) qui vient tout juste d'être remplacé par la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée. Cette table ainsi que les établissements sont conviés à établir leurs engagements en matière de fonctions hospitalières régionales pour mettre fin aux tensions entre les territoires et rehausser l'accessibilité aux services spécialisés.

En clair, cette année, l'Agence, de concert avec son conseil d'administration et tout son personnel, a entrepris des actions significatives qui ont permis de mieux garantir l'accès aux services, de développer des activités qui informent la population avec promptitude. Enfin, l'Agence a planifié des services qui s'orientent sur les besoins futurs des citoyens et des citoyennes de l'Abitibi-Témiscamingue.

Le président-directeur général,

Normand Leblanc

La présidente du conseil d'administration,

Suzanne Huard

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

L'information contenue dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relève de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2005-2006 de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue :

- présentent les indicateurs, les cibles et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenue dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'ils correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2005-2006. Toutefois, ces données n'ont pas fait l'objet d'une vérification externe.

Normand Leblanc
Président-directeur général

1

RÔLE ET ÉTAT GÉNÉRAL DE FONCTIONNEMENT DE L'AGENCE

1 RÔLE ET ÉTAT GÉNÉRAL DE FONCTIONNEMENT DE L'AGENCE

LA MISSION, LE TERRITOIRE, LA POPULATION

La mission

Le gouvernement a institué, dans chaque région qu'il délimite, une agence de la santé et des services sociaux (art. 339 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q. C. S-4.2),* tel qu'amendée par *la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (L.R.Q. 2005, ch. 32),* ci-après la loi, soit, l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (Agence).

L'Agence est instituée pour exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

En association avec ses partenaires, l'Agence vise le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Pour exercer ses responsabilités, elle agit de différentes manières, notamment :

- elle porte une vision globale intégrée de la santé et du bien-être de la population;
- elle propose et convient, avec les établissements et les autres acteurs des réseaux communautaire et institutionnel, de la contribution qu'elle attend d'eux, dans le respect des responsabilités de chacun;
- elle initie, au besoin, des mécanismes de coordination et de concertation;
- elle favorise des conditions permettant aux réseaux et aux partenaires d'assurer leurs responsabilités au regard de la santé et du bien-être de la population;
- elle s'assure de la qualité (efficience, efficacité, pertinence et interdépendance) des actions du réseau de la santé et des services sociaux;
- elle promeut l'amélioration de la performance du réseau québécois de la santé et des services sociaux.

Le territoire

La région de l'Abitibi-Témiscamingue est limitée à l'ouest par la frontière du Québec et de l'Ontario, au nord, par le 49e parallèle et, du sud à l'est, par les municipalités régionales de comté (MRC) de Pontiac, de la Vallée-de-la-Gatineau et du Haut-Saint-Maurice. C'est l'une des plus vastes régions du Québec avec quelque 65 000 km^2 de superficie; les distances y sont donc importantes. Ainsi, il faut compter près de 400 kilomètres de route entre Senneterre, au nord-est, et Témiscaming, au sud-ouest.

Au total, 63 municipalités se partagent le territoire, sans compter dix territoires non organisés. À ces derniers s'ajoute la population algonquine qui se répartit entre les quatre réserves indiennes de Kebaowek, Timiskaming, Pikogan et Lac-Simon ainsi que les trois établissements indiens de Hunter's Point, Winneway et Kitcisakik.

La population

Les dernières estimations de Statistique Canada dénombrent 145 091 personnes en Abitibi-Témiscamingue[1]. La région se divise en six territoires de réseaux locaux de services (RLS). Les plus peuplés sont ceux de la Vallée-de-l'Or et de Rouyn-Noranda qui regroupent respectivement 29 % et 27 % de la population régionale. Le territoire Les Eskers de l'Abitibi et celui des Aurores-Boréales rassemblent, pour leur part, 17 % et 15 % des Témiscabitibiens. Quant aux territoires les moins populeux, ceux du Lac-Témiscamingue et de Témiscaming-et-de-Kipawa, ils comptent 9 % et 3 % des habitants de la région. La population totale de l'Abitibi-Témiscamingue représente 1,9 % de celle du Québec.

La population témiscabitibienne est un peu plus jeune et compte un peu moins de femmes que la population québécoise.

LE PLAN D'ORGANISATION, L'ORGANIGRAMME ET LES EFFECTIFS DE L'AGENCE

Le plan d'organisation

Le plan d'organisation de l'Agence est conçu de façon à assurer la coordination de ses différentes composantes, et ce, afin de réaliser les mandats qui lui sont conférés par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et par la loi. Outre sa mission spécifique de mettre en place sur son territoire une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés, l'Agence assume des fonctions reliées :

- à la population et aux usagers;
- à l'allocation des ressources financières;
- à l'organisation des services;
- à la gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles;
- à la santé publique;
- aux priorités de santé et de bien-être.

L'organisation comprend :

- un conseil d'administration, composé de membres issus de la région et assurant la gestion des orientations de l'organisation et l'imputabilité auprès du Ministre;
- cinq instances consultatives régionales au conseil d'administration, assurant l'expertise utile à une réponse adaptée aux multiples besoins de la population de la région;
- un bureau du président-directeur général;
- un service des communications et des relations avec la population;
- six directions :
  Direction générale adjointe;
  Direction de la santé et des affaires médicales;
  Direction de santé publique;
  Direction des ressources financières et matérielles;
  Direction des ressources informationnelles;
  Direction du personnel réseau et de l'Agence.

1 Source : Statistique Canada, estimations pour 2005.

L'organigramme

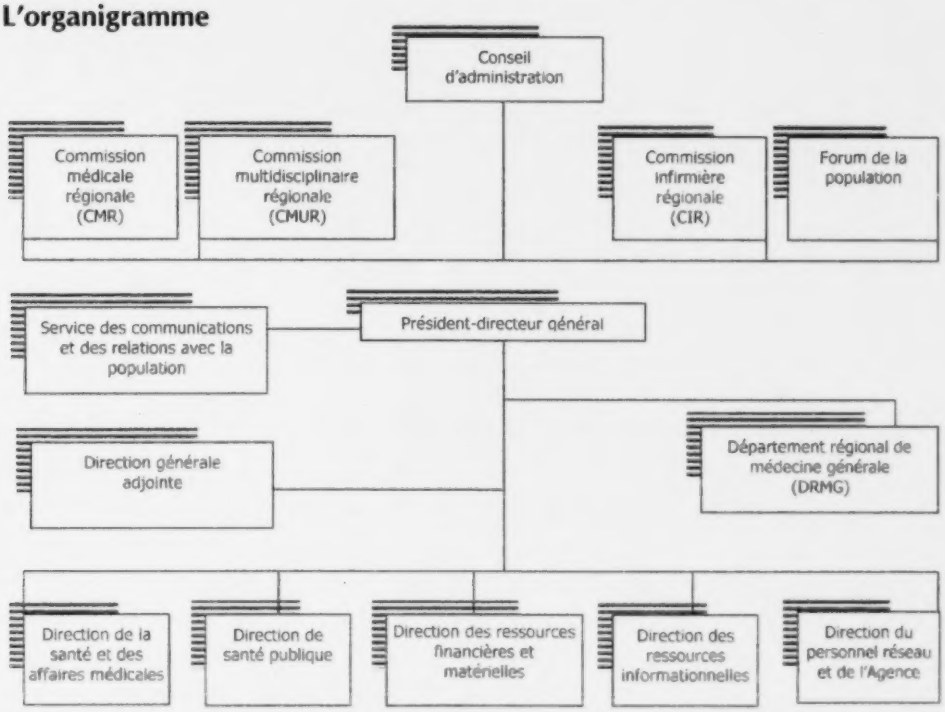


TABLEAU 1
EFFECTIFS DE L'AGENCE AU 31 MARS 2006

Les effectifs de l'Agence

Le tableau ci-dessous synthétise l'ensemble des ressources humaines en poste qui oeuvraient pour l'Agence au 31 mars 2006.

PERSONNEL	2005-2006	2004-2005	Variation
LES CADRES			
• **Temps complet** (excluant les cadres en stabilité d'emploi)	13	11	2
• **Temps partiel**	0	0	0
Nombre de personnes : équivalents temps complet (excluant les cadres en stabilité d'emploi)	0	0	0
• **Nombre de cadres en stabilité d'emploi**	0	1	-1
LES EMPLOYÉS RÉGULIERS			
• **Temps complet** (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	70	66	4
• **Temps partiel**	3	2	1
Nombre d'employés équivalents temps complet (excluant les employés en sécurité d'emploi)	1,6	1,2	0,4
• **Nombre d'employés en sécurité d'emploi**	0	0	0
LES OCCASIONNELS			
• **Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice**	19 721	22 581	- 2 860
• **Équivalents à temps complet**	10	12	- 2

Note : Médecins et dentistes rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) : 10 (exclus des données ci-haut mentionnées).

LE RÉSEAU D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

TABLEAU 2
ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX AU 31 MARS 2006

La région de l'Abitibi-Témiscamingue compte dix établissements publics de santé et de services sociaux, chacun étant chapeauté par un conseil d'administration spécifique.

Établissements	Mission exploitee				
	CH	CLSC	CHSLD	CJ	CR
CSSS de la Vallée-de-l'Or	✓	✓	✓		
CSSS de Rouyn-Noranda	✓	✓	✓		
CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	✓	✓	✓		
CSSS des Aurores-Boréales	✓	✓	✓		
CSSS du Lac-Témiscamingue	✓	✓	✓		
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	✓	✓	✓		
Établissements régionaux					
Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue				✓	✓
Centre Normand					✓
CRDI Clair Foyer					✓
CR La Maison				✓	✓

TABLEAU 3
CORRIDORS DE SERVICES AU 31 MARS 2006

Établissements	Fonctions hospitalières régionales
CSSS de la Vallée-de-l'Or	Néphrologie-dialyse, Médecine nucléaire, Cytopathologie, Cardiologie, Pneumologie, Gastro-entérologie, Hématologie, Psychiatrie de longue durée, Pédopsychiatrie, Psychiatrie médicolégale
CSSS de Rouyn-Noranda	Périnatalogie, Cancérologie pédiatrique, Pédiatrie (soins intensifs), Ophtalmologie, Urologie, Oto-rhino-laryngologie, Neurologie
CSSS des Aurores-Boréales	Dermatologie, Physiatrie, Rhumatologie
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	Orthopédie, Chirurgie buccale et maxillo-faciale, Chirurgie plastique, Chirurgie thoracique et vasculaire périphérique, Traumatologie secondaire

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

TABLEAU 4
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SUBVENTIONNÉS DANS LE CADRE DU PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES (PSOC) AU 31 MARS 2006

	Nombre d'organismes	PSOC ($)	Nombre d'organismes	PSOC ($)
	2005-2006		2004-2005	
Alcoolisme et autres toxicomanies	7	525 317	7	522 640
Assistance et accompagnement	0	0	0	0
Autres ressources jeunesse	5	173 500	5	173 767
Agressions à caractère sexuel CALACS	4	487 090	4	478 416
Centre d'action bénévole	4	267 716	4	262 949
Centres de femmes	3	348 387	3	342 183
Communautés culturelles	0	0	0	0
Concertation régionale	1	54 374	1	53 406
Familles	0	0	0	0
Hommes en difficulté	2	145 539	2	137 144
Maintien à domicile	24	232 296	25	234 481
Maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence	4	1 718 969	4	1 695 352
Maisons de jeunes	9	529 810	9	505 310
Mesures de rechange	1	484 043	1	475 424
Multiclientèles	2	94 217	2	92 539
Personnes démunies	4	112 608	4	100 960
Personnes handicapées	20	605 155	22	607 427
Santé mentale	23	1 867 029	23	1 833 214
Santé physique	8	115 246	8	130 944
Sida	1	50 906	1	50 000
TOTAL	122	7 812 102	125	7 696 156

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Sa composition

Du 1er avril 2005 au 25 janvier 2006, le conseil d'administration de l'Agence a tenu cinq assemblées ordinaires.

TABLEAU 5
MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE DU 1ER AVRIL 2005 AU 25 JANVIER 2006

	Membres
COMMISSION MÉDICALE RÉGIONALE	Dr Louis Bellemarre
COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE	Mme Marie Cloutier
COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE	M. Jacques Charest
ABITIBI	M. Michel Gagnon
ABITIBI	M. Serge Larche
ABITIBI-OUEST	Mme Suzanne Huard
ABITIBI-OUEST	M. Léonard Robitaille
ROUYN-NORANDA	Mme Johanne Bruneau
ROUYN-NORANDA	M. James Slobodian
TÉMISCAMINGUE	M. Florimont Gingras
TÉMISCAMINGUE	Mme Nicole Gauthier-Rochon
VALLÉE-DE-L'OR	Mme Anna Baptiste
VALLÉE-DE-L'OR	Mme Johanne Lacasse
VALLÉE-DE-L'OR	Mme Yolette Lévy
POSTE VACANT	
MEMBRE D'OFFICE – PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL	M. Normand Leblanc

L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue a été créée le 30 janvier 2006. Les membres du nouveau conseil d'administration ont été nommés par le Ministre. Depuis, le conseil d'administration a tenu deux assemblées ordinaires.

TABLEAU 6
MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE AU 31 MARS 2006

	Membres
TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE	Poste vacant
DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE	Poste vacant
COMMISSION MÉDICALE RÉGIONALE (mesure transitoire)	Dr Louis Bellemarre
COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE	Mme Sandra Savard
COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE	M. Donald Renault
MILIEU COMMUNAUTAIRE	Mme Jovette Saucier
MILIEU DE L'ENSEIGNEMENT	Mme Lyne Fecteau
COMITÉ DES USAGERS	Mme Madeleine Paquin
MILIEU SYNDICAL	Mme Jocelyne Wheelhouse
SOCIO-ÉCONOMIQUE	Mme Suzanne Huard
SOCIO-ÉCONOMIQUE	M. Serge Larche
ÉTABLISSEMENTS : CSSS	M. Lionel Brochu
ÉTABLISSEMENTS : VOCATION RÉGIONALE	M. Roger Dumont
MEMBRE COOPTÉ	M. Léonard Robitaille
MEMBRE COOPTÉ	Mme Mary Jane Brazeau
MEMBRE COOPTÉ	Mme Nicole Gauthier-Rochon
MEMBRE D'OFFICE – PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL	M. Normand Leblanc

LES INSTANCES CONSULTATIVES

La Commission infirmière régionale (CIR)

La Commission infirmière régionale (CIR) a tenu cinq rencontres au cours de l'année. À la suite du processus de fusion des établissements, la CIR a complété la mise à jour de ses règlements, révisé sa composition et poursuivi ses travaux. Les membres ont aussi élaboré un plan d'action pour l'année 2005-2007.

Les suivis des dossiers de la formation continue, de la planification de la main-d'œuvre, de la reconnaissance du baccalauréat et de l'infirmière praticienne de première ligne ont été des préoccupations importantes, tout au long de la dernière année. La commission a aussi porté un intérêt soutenu à l'implantation des réseaux locaux de services.

La CIR poursuit les discussions afin de mettre en place des mécanismes pour favoriser les liens et les échanges avec les autres instances consultatives (DRMG, DRMS, CMUR, CMR). La CIR s'est aussi donné comme mandat de faire véhiculer l'information concernant l'avancement de ses travaux via le bulletin d'information « L'AXONE », destiné aux infirmiers et aux infirmières de la région.

Plusieurs sujets ont fait l'objet d'avis de la part de la CIR, dont l'utilisation des compétences de l'infirmière dans les GMF, la formation d'infirmière comme intervenante pivot dans les équipes de soins en oncologie ainsi que la nécessité de conserver le poste de directeur ou directrice des soins infirmiers dans les nouveaux centres de santé et de services sociaux.

Des échanges ont permis de planifier le processus de désignation des membres manquants à la CIR et de simplifier le processus de désignation du poste occupé par une infirmière auxiliaire. Par la suite, il fut nécessaire de mandater un membre représentant de la CIR au conseil d'administration de l'Agence.

En cours d'année, des invités ont fait des présentations sur des sujets d'intérêt commun aux membres. Des professionnels de l'Agence ont présenté les sujets suivants : les projets cliniques, le rôle des infirmières dans les GMF, le modèle intégré de lutte aux maladies chroniques, le développement des ressources humaines en soins infirmiers, l'offre de service en soins infirmiers en lien avec le Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) McGill ainsi que la Vision stratégique et le Plan de mise en œuvre des services aux personnes âgées. De plus, des échanges ont eu lieu avec la présidente de l'Ordre régional des infirmiers et infirmières de l'Abitibi-Témiscamingue (ORIIAT), M^me^ Lorraine Lamontagne, concernant les liens entre la CIR et l'ORIIAT ainsi qu'au sujet du dossier de la formation continue des infirmières.

TABLEAU 7
MEMBRES DE LA COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE AU 31 MARS 2006

PROVENANCE	PROVENANCE	MEMBRES
Membre cooptée	CSSS Les Eskers de l'Abitibi	M^me^ Diane Trottier, présidente
Professionnelles désignée par le PDG de l'Agence	Agence	M^me^ Pauline Clermont
Représentant CIIA	CSSS de Rouyn-Noranda	M. Luc St-Jean
Représentants CECII	CSSS de la Vallée-de-l'Or CSSS de Rouyn-Noranda CSSS du Lac-Témiscamingue	M^me^ Marie Hardy M^me^ Josée St-Cyr M^me^ Sandra Savard
Gestionnaires en soins infirmiers	CSSS Les Eskers de l'Abitibi CSSS des Aurores-Boréales	M^me^ Gaytane Trudel M. Daniel Perron
Enseignement collégial	Cégep de l'Abitibi Témiscamingue	M^me^ Claire Maisonneuve
Enseignement universitaire	Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue	M^me^ Sylvie Cardinal
Observatrice	Ordre régional des infirmières et infirmiers de l'Abitibi-Témiscamingue	M^me^ France Lessard

La Commission médicale régionale (CMR)

La CMR est une instance consultative, responsable envers le conseil d'administration de l'Agence :

- de donner son avis sur l'organisation et la distribution des services médicaux sur le territoire et sur le plan des effectifs médicaux;
- de donner son avis sur la qualité de l'organisation des services médicaux et leur accessibilité ainsi que sur la coordination;
- de donner des avis sur les modes de rémunération et l'organisation de la pratique des médecins qui sont susceptibles de répondre le mieux aux besoins de la région;
- d'exécuter tout autre mandat que lui confie le conseil d'administration.

Au 31 mars 2006, les membres de la commission étaient:

TABLEAU 8
MEMBRES DE LA COMMISSION MÉDICALE RÉGIONALE AU 31 MARS 2006

COLLÈGE ÉLECTORAL	SOUS-COLLÈGE	MEMBRES
MÉDECINS OMNIPRATICIENS	Un médecin omnipraticien pratiquant au CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa ou au CSSS du Lac-Témiscamingue	Dr Vyrlas Gurskas
	Un médecin omnipraticien pratiquant au CSSS de Rouyn-Noranda ou au CSSS des Aurores-Boréales	Dr François Desbiens, vice-président
	Un médecin omnipraticien pratiquant au CSSS de la Vallée-de-l'Or ou du CSSS Les Eskers de l'Abitibi	Dre France Picard
MÉDECINS SPÉCIALISTES	Un médecin spécialiste provenant du CSSS de Rouyn-Noranda, du CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa ou du CSSS du Lac-Témiscamingue	Dr Sylvain Lapierre
	Un médecin spécialiste provenant du CSSS des Aurores-Boréales ou du CSSS Les Eskers de l'Abitibi	Dr Félix Gaillard
	Un médecin spécialiste provenant du CSSS de la Vallée-de-l'Or	Dr Joël Pouliot
MEMBRES D'OFFICE – AGENCE	Directeur de santé publique	Dr Real Lacombe
	Président-directeur général	M. Normand Leblanc
MEMBRES NOMMÉS PAR LA CMR	Médecins spécialistes	Dr Louis Bellemare, président
	Médecins omnipraticiens	Dr Hong Phuc Tran Le
	Médecins omnipraticiens	Dre Yolaine Fournier
MEMBRES OBSERVATEURS	Représentant des dentistes	Dr Ghislain Cormier
	Chef du Département régional de médecine générale	Dre Yolaine Fournier
	Chef du Département régional de médecine spécialisée	Dre Josée Parent
	Représentant des pharmaciens	M. Germain Legault

Au cours de l'exercice, la CMR a tenu quatre rencontres régulières dont une par conférence téléphonique. Plusieurs dossiers ont été traités lors de ces assemblées dont, entre autres, le projet de loi 83, les corridors de services de la région et leur affiliation avec le RUIS McGill, la formation médicale décentralisée, les PREM en omnipratique et en spécialités, les services de pédiatrie et de néonatalogie, le dossier Program archiving systemPACS, l'urologie, l'implantation de services en radio-oncologie, en imagerie par résonance magnétique (IRM) et les équipements médicaux spécialisés.

Certains membres de l'exécutif terminant leur mandat en cours d'année, la Commission a enclenché son processus d'élection afin de combler les deux postes représentant le Collège électoral des médecins omnipraticiens et les deux postes représentant le Collège électoral des médecins spécialistes. Deux postes ont été comblés. Il a été convenu, par la suite, d'attendre l'adoption du projet de loi 83.

Le 25 novembre 2005, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, a été modifiée par l'adoption du projet de loi 83. De ce fait, la CMR est abolie et remplacée par la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée et une dernière rencontre est prévue en mai 2006 pour mettre fin aux activités de la CMR.

La Commission multidisciplinaire régionale (CMUR)

La Commission a tenu une rencontre au cours de l'année sur le fonctionnement en équipe multidisciplinaire. Les présentations et témoignages livrés à cette occasion par deux équipes oeuvrant dans des établissements de la région ont permis d'alimenter la réflexion et la compréhension de la multidisciplinarité et des conditions favorables à son implantation.

TABLEAU 9
MEMBRES DE LA COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE
AU 31 MARS 2006

PROVENANCE	MEMBRES
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	M^me^ Denise Côté
CSSS DE ROUYN-NORANDA	M^me^ Guylaine Dallaire
CSSS LES ESKERS DE L'ABITIBI	M. Janpière Fontaine
AGENCE	M. Noël Neveu
CSSS DES AURORES-BORÉALES	M. Donald Renault
CSSS DE LA VALLÉE-DE-L'OR	M^me^ Angèle Richard
CSSS DE LA VALLÉE-DE-L'OR	M^me^ Lise Therrien
CEGEP DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	Poste vacant

La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, modifiée par le projet de loi 83 et adopté le 25 novembre 2005, met en place au sein de chaque agence des tables régionales de chefs de département de médecine spécialisée.

De ce fait, l'Agence doit mettre en place une table régionale composée de tous les médecins spécialistes agissant à titre de chef de département au sein d'un établissement situé sur son territoire.

En Abitibi-Témiscamingue, 23 médecins spécialistes chefs de département de médecine spécialisée oeuvrent dans les domaines cliniques suivants : anesthésiologie, chirurgie, imagerie médicale, médecine, médecine de laboratoire, obstétrique-gynécologie, pédiatrie et psychiatrie.

Le 9 mars 2006, tous les chefs de département de médecine spécialisée ont été convoqués à l'Assemblée générale. Ils ont adopté le Règlement concernant les modalités d'élection et de nomination des membres du comité de direction de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée de l'Abitibi-Témiscamingue, et ont déterminé le mercredi 24 mai 2006 comme étant la date du scrutin. Ces règlements ont été adoptés par le conseil d'administration de l'Agence le 29 mars 2006.

Le Département régional de médecine générale (DRMG)

Le DRMG vise à impliquer des médecins omnipraticiens dans l'organisation des services médicaux généraux ainsi qu'à organiser, planifier et offrir des services médicaux à la population au sein des territoires des centres de santé et de services sociaux.

Pour l'exercice 2005-2006, le comité de direction du DRMG s'est rencontré à six reprises entre le 23 avril 2005 et le 24 février 2006. Les sujets traités lors des rencontres régulières s'inscrivent en continuité avec le Plan d'action du DRMG et en conformité à son mandat. Les voici :

- le Plan régional d'effectifs médicaux en médecine générale 2006, incluant le Plan des besoins et les objectifs de croissance signifiés par le ministère de la Santé et des Services sociaux;

- le soutien à la mise en place des réseaux d'accessibilité aux services médicaux dans les CSSS, incluant les groupes de médecin de famille (GMF). Ainsi, les GMF de Témiscaming et de La Sarre ont reçu du DRMG une recommandation en faveur de leur renouvellement. De plus, les GMF Les Eskers d'Amos et de la Vallée-de-l'Or ont obtenu leur recommandation du DRMG afin de recevoir leur accréditation du MSSS. Au 31 mars 2006, le GMF Les Eskers d'Amos avait débuté ses activités alors que l'Agence est en attente de la confirmation du MSSS pour le GMF de la Vallée-de-l'Or. Des démarches sont en cours auprès des médecins du territoire du Lac-Témiscamingue et un chargé de projet y est nommé. Au 31 mars 2006, aucun projet n'était en élaboration pour le secteur de Rouyn-Noranda;
- l'implication des médecins dans l'élaboration des projets cliniques;
- le suivi relatif à l'entente particulière sur l'adhésion aux AMP (activités médicales particulières) prévoyant l'inscription des omnipraticiens aux secteurs d'activités;
- la gestion de l'entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux en vigueur pour 2006 et la répartition des effectifs pour l'ensemble de la région à raison de treize médecins ayant reçu un avis de conformité sur une possibilité de dix-sept.

Par ailleurs, le DRMG participe et contribue à l'avancement des travaux des instances suivantes :

- à la Table de concertation des régions éloignées et à l'élaboration de documents concernant les médecins spécialistes et omnipraticiens en région éloignée;
- au comité régional de recrutement et de maintien;
- au fonctionnement et à l'avancement des travaux portant sur l'organisation territoriale des services médicaux généraux;
- aux divers travaux en lien avec le projet de l'infirmière praticienne de première ligne;
- à l'implantation des équipes de lutte aux maladies chroniques.

Finalement, le Comité de direction assure la diffusion trimestrielle de l'outil d'information « INFO-DRMG » à tous les médecins omnipraticiens de la région.

TABLEAU 10
MEMBRES DU DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE AU 31 MARS 2006

REPRÉSENTATION	MEMBRES
CSSS DE ROUYN-NORANDA	Dre Yolaine Fournier
ÉTABLISSEMENTS À VOCATION RÉGIONALE	Dr Jean-Guy Ricard
CABINET PRIVÉ	Dr Simon Plourde, chef du département
CSSS DES AURORES-BORÉALES	Dr François Desbiens
CSSS LES ESKERS DE L'ABITIBI	Dr Frédéric Turgeon
CSSS DU LAC-TÉMISCAMINGUE	Dr Yanick Bureau
CSSS DE LA VALLÉE-DE-L'OR	Dre Nancy McGee
CSSS DE TÉMISCAMING-ET-DE-KIPAWA	Dr Gordon Brock
REPRÉSENTANT DE LA CMR	Dr Louis Bellemare
REPRÉSENTANTE DES DSP DES CSSS	Dre Lizanne Chrétien
AGENCE	M. Normand Leblanc, président-directeur général
AGENCE	Dr Réal Lacombe, directeur de la santé et des affaires médicales

Le Département régional de médecine spécialisée (DRMS)

Au cours de l'exercice 2005-2006, le DRMS a tenu huit rencontres régulières dont quatre par conférence téléphonique en plus d'un lac-à-l'épaule, le 31 mai 2005. Le projet de loi 83, les corridors de services et l'affiliation de la région au RUIS McGill, la formation médicale décentralisée, le PREM en spécialités, les services de pédiatrie et de néonatalogie, le dossier PACS, l'urologie, la radio-oncologie, l'IRM et les équipements médicaux spécialisés ont été traités lors de ces rencontres.

Lors du lac-à-l'épaule, journée de réflexion, un comité de travail a été mis en place afin d'élaborer les objectifs ainsi que la mission du DRMS. Ces éléments devaient servir de guide aux membres dans la prise de décision tout au long de leur mandat.

L'adoption du projet de loi 83 et la mise en place d'une Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée ont amené les membres de l'exécutif à mettre fin aux activités du DRMS, le 21 novembre 2005.

Sous l'autorité du président-directeur général de l'Agence, le comité exécutif formé des personnes suivantes exerce les responsabilités du DRMS :

TABLEAU 11
MEMBRES DU DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE AU 21 NOVEMBRE 2006

REPRÉSENTATION	MEMBRES
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	Dr Félix Gaillard – Collège de chirurgie Dr Louis Bellemare – Membre coopté
CSSS des Aurores-Boréales	Dr Hugues Germain – Membre coopté
CSSS de Rouyn-Noranda	Dr Sylvain Lapierre, secrétaire – Collège de chirurgie Dre Julie Héroux – Collège de médecine interne Dr Dat Nhut Nguyen – Collège d'anesthésiologie
CSSS de la Vallée-de-l'Or	Dre Josée Parent, chef du DRMS – Collège d'obstétrique-gynécologie Dr Belkacem Bouchek – Collège de psychiatrie Dr Charles Haccoun – Collège de pédiatrie Dr Ghyslain Lauzon – Collège de médecine interne Dr Tai Hung Do – Collège des Laboratoires
Observateurs	Dre Yolaine Fournier, Chef du DRMG Dre Lizane Chrétien, directrice des services professionnels – CSSS de la Vallée-de-l'Or
Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue	M. Normand Leblanc, président-directeur général Dr Réal Lacombe, directeur de la santé et des affaires médicales

2

ACTIVITÉS DE L'AGENCE

2 ACTIVITÉS DE L'AGENCE

LES ACTIVITÉS DE L'AGENCE ET DES ÉTABLISSEMENTS DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Projet clinique et organisationnel

Le projet de loi 83 amène les CSSS à définir un projet clinique et organisationnel en collaboration avec leurs partenaires. Le projet clinique vise à assurer l'accès à un ensemble de services de santé et de services sociaux continu et de qualité en fonction des besoins de la population et de son état de santé. Il vise également à rapprocher les services des citoyens, à faciliter le cheminement des personnes à l'intérieur du réseau et à assurer une meilleure prise en charge.

En continuité avec les travaux en cours, l'Agence a réalisé avec chaque CSSS un bilan des processus et des activités menés depuis 2004. Les CSSS ont déployé beaucoup d'énergie, ont informé et impliqué leur personnel, les organismes communautaires et les partenaires concernés par la santé et le bien-être dans la prestation de services. On a assisté à la révision des plans d'organisation, à la création de tables de travail, de chantiers et de forums. Des priorités en matière de santé et de bien-être et d'organisation de services ont été identifiées.

Il importe de situer le projet clinique comme une démarche d'amélioration continue. Les établissements sont à identifier les zones d'amélioration potentielle de chaque programme de services et à les soumettre à leur conseil d'administration. L'Agence préconise un accompagnement personnalisé pour chaque CSSS afin faciliter l'élaboration des projets cliniques et continue d'investir dans la transformation des pratiques. Les maladies chroniques et les services auprès des personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement ont été priorisés. Un nouveau chantier visant la jeunesse, incluant les problématiques de santé mentale et de dépendances, sera mis sur pied.

Réseau universitaire intégré de santé (RUIS)

Le RUIS McGill soutient l'organisation et la prestation des services médicaux en Abitibi-Témiscamingue en rendant disponible à l'Agence et aux CSSS un niveau d'expertise qui assure l'accès à des soins spécialisés pour la population.

Le soutien accordé par le RUIS McGill s'inscrit en continuité avec les liens établis entre les CSSS de la région et les établissements du RUIS de l'Université de Montréal. Les médecins et les administrateurs du réseau de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue désirent maintenir et consolider ces acquis avant de créer de nouveaux liens avec le personnel du RUIS McGill.

Les facultés de médecine des universités de Sherbrooke et de Montréal offrent déjà des stages et de la formation en Abitibi-Témiscamingue. Pour ce qui est de l'Université McGill, la Faculté de médecine s'est montrée intéressée à développer et soutenir la formation de ses étudiants en Abitibi-Témiscamingue en participant à l'élaboration d'un projet visant l'implantation d'une unité de médecine familiale dans la Vallée-de-l'Or. La formation décentralisée en région représente jusqu'à maintenant un des moyens les plus efficaces pour inciter les jeunes médecins à venir pratiquer en Abitibi-Témiscamingue.

Avec l'assurance du maintien des acquis, l'introduction du RUIS McGill dans l'organisation des services médicaux représente une opportunité qui contribue à identifier des moyens pour améliorer l'accès aux spécialités au sein des CSSS ainsi qu'à des services ultra-spécialisés offerts à Montréal.

Les fondements de la décision ministérielle assurent des garanties quant au maintien des acquis. Les travaux avec l'Agence et les représentants du RUIS McGill permettent, quant à eux, de faire connaître les attentes régionales grâce à la mise en place de mécanismes de communication et de coordination. À ce titre, l'Agence participe au Comité directeur du RUIS McGill et assure la diffusion de l'information sur l'avancement des travaux aux CSSS de la région.

L'Agence maintient ses liens de collaboration avec les différents partenaires impliqués dans l'actualisation du mandat du RUIS McGill selon les objectifs suivants:

- Le respect des modes de collaboration établis entre le Ministère et l'Agence;
- Le maintien des modalités de travail convenues avec les trois réseaux universitaires et le rôle clé du RUIS McGill;
- L'identification de la nature des travaux à réaliser conjointement par l'Agence et le Ministère;
- La participation aux rencontres de travail avec les RUIS concernant l'état des besoins, des services, les corridors de services intra et interrégionaux, la consommation et la production de services, les ententes à formaliser, les demandes prioritaires, la formation médicale, l'accueil des stagiaires et des résidents;
- La présentation des échéanciers des travaux aux partenaires et des moyens requis pour assurer le suivi aux besoins identifiés.

Le plan d'action de l'Agence prévoit les activités suivantes:

- Informer les différentes instances de coordination et de concertation (CCRSSS, DSP, DRMG, DRMS et CMR) des orientations convenues avec la Direction des affaires universitaires;
- Établir un portrait des besoins de la région;
- Déterminer les mandats à confier à des professionnels et à des médecins pour mener les travaux préalables;
- Constituer des comités d'experts pour formuler des recommandations aux diverses instances afin qu'elles fournissent les avis requis.

LES AFFAIRES MÉDICALES

PLANS RÉGIONAUX D'EFFECTIFS MÉDICAUX EN MÉDECINE GÉNÉRALE ET EN SPÉCIALITÉ

Attente administrative

OBJECTIFS DE RÉSULTATS

Atteinte des PREM par le recrutement et le maintien des effectifs médicaux.

Desservir la clientèle de chaque réseau local en améliorant l'accessibilité aux services de 1re, 2e et 3e ligne.

Atteindre au moins 85 % des besoins identifiés dans les deux PREM.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'effectifs autorisés aux PREM en médecine générale et en spécialité	148	Médecine gén. : 165 postes autorisés	Médecine gén. : 154 médecins
	115	Médecine spéc. : 153 postes autorisés	Médecine spéc. : 119 médecins

COMMENTAIRES

La situation des effectifs médicaux s'améliore progressivement. En effet, au 31 mars 2006, l'Agence compte 154 omnipraticiens incluant trois omnipraticiens spécialisés en psychiatrie et 119 spécialistes incluant cinq omnipraticiens spécialisés en anesthésie.

Les efforts doivent se poursuivre afin de recruter des médecins pour répondre adéquatement aux besoins de la population évalués à 185 équivalents à temps plein (ETP) en médecine générale et à 153 médecins spécialistes. La pénurie d'effectifs médicaux est aiguë dans le secteur du Témiscamingue de sorte que les CSSS du Lac-Témiscamingue et de Témiscaming-et-de-Kipawa font régulièrement appel au mécanisme de dépannage. Des démarches, avec les représentants de l'université McGill sont en cours, et ce, tant au niveau de la formation médicale décentralisée qu'au niveau du dépannage afin d'améliorer cette situation.

En omnipratique, en termes de nombre d'effectifs, l'objectif est atteint; toutefois, en termes de besoins, la région n'atteint que 83 % de son objectif selon un plan de besoins de 185 ETP.

L'exercice 2005-2006 a été plus propice au recrutement. En effet, dix-sept médecins se sont installés soit dix omnipraticiens et sept spécialistes. Il faut souligner que douze médecins (huit omnipraticiens et quatre spécialistes) ont quitté au cours de ce même exercice. Ces résultats traduisent un peu mieux les efforts déployés par les établissements et par l'Agence, et ce, tant au point de vue du recrutement que du maintien des effectifs médicaux (organisation d'activités de promotion, de visites exploratoires, recrutement à l'étranger, etc.).

Afin d'assurer l'accessibilité aux services médicaux généraux et spécialisés, tous les établissements, à l'exception du CSSS Les Eskers de l'Abitibi, font constamment appel au mécanisme de dépannage pour couvrir les services dans les salles d'urgence et auprès des malades admis ainsi qu'aux médecins extérieurs pour éviter les bris de services dans certaines spécialités, notamment l'anesthésie, la plus menacée actuellement.

Des démarches se poursuivent afin :

- que soient accordées des mesures incitatives significatives pour permettre d'accroître l'attraction et ainsi inciter les jeunes médecins à s'installer et à pratiquer en Abitibi-Témiscamingue;
- que le respect des PREM soit rigoureux, et ce, pour l'ensemble de la province;
- que soient consolidés et développés les services de 1re ligne (notamment, les cliniques interdisciplinaires intégrant des infirmières praticiennes de première ligne pour soutenir les médecins dans la prise en charge et le suivi des malades chroniques).

TABLEAU 12
PLAN RÉGIONAL D'EFFECTIFS MÉDICAUX EN SPÉCIALITÉ EN L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE AU 31 MARS 2006

SPÉCIALITÉS	*PREM 2005-2006*	*SITUATION AU 31-03-2006*	*BESOINS*
ALLERGIE - IMMUNOLOGIE	1	1	0
ANATOMOPATHOLOGIE	5	4	1
ANESTHÉSIE-RÉANIMATION[1]	18	15	3
CARDIOLOGIE	3	1	2
CHIRURGIE GÉNÉRALE	13	11	2
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE	6	5	1
CHIRURGIE PLASTIQUE	2	1	1
DERMATOLOGIE	3	2	1
GASTRO-ENTÉROLOGIE	3	3	0
GÉRIATRIE	1	0	1
HÉMATOLOGIE/ONCOLOGIE MÉDICALE	1	1	0
MÉDECINE D'URGENCE	2	2	0
MÉDECINE INTERNE	15	10	5
MÉDECINE NUCLÉAIRE	1	0	1
NÉPHROLOGIE	2	0	2
NEUROLOGIE	4	3	1
OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE	12	10	2
OPHTALMOLOGIE	4	3	1
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	3	3	0
PÉDIATRIE	16	12	4
PHYSIATRIE	1	0	1
PNEUMOLOGIE	3	3	0
PSYCHIATRIE ADULTE	15	14	1
PÉDOPSYCHIATRIE	3	3	0
RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE	8	6	2
RHUMATOLOGIE	2	1	1
SANTÉ COMMUNAUTAIRE	3	2	1
UROLOGIE	3	3	0
TOTAL DES SPÉCIALITÉS	153	119	34

1. En spécialité, le nombre des effectifs en anesthésie-réanimation inclut les omnipraticiens spécialisés en anesthésie.

TABLEAU 13
PLANS D'EFFECTIFS MÉDICAUX EN MÉDECINE GÉNÉRALE PAR RÉSEAU LOCAL DE SERVICES AU 31 MARS 2006

MRC	PREM Besoins en ETP omnipraticiens	Omnipraticiens et omni-psychiatres au 31 mars 2006	PREM Besoins en spécialité	Spécialistes et omni-anesthésistes au 31 mars 2006
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	32,6	33	35	32
CSSS des Aurores-Boréales	27,6	19	17	10
CSSS de Rouyn-Noranda	46,6	43	55	34
CSSS de La Vallée-de-l'Or	49	39	49	40
CSSS du Lac-Témiscamingue	17,6	11	2	3
CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	6	4	-	-
Agence	5,6	5	[1]	[2]
TOTAL	185	154	158	119

[1] Trois spécialistes inclus dans le PEM du CSSS de Rouyn-Noranda.
[2] Deux spécialistes inclus dans le PEM du CSSS de Rouyn-Noranda.

GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE

Attente administrative

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Implanter des groupes de médecine de famille au sein des six territoires de CSSS.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de groupes de médecine de famille	2	6	3

COMMENTAIRES

La région considère cette cible partiellement atteinte puisque le seul GMF ayant reçu son accréditation en 2005-2006 est celui des Eskers d'Amos. Ce GMF a amorcé ses activités suite à son accréditation le 30 janvier 2006. Les premières inscriptions de la clientèle ont débuté en mars 2006.

Par ailleurs, il est important de mentionner que de nombreuses activités ont eu lieu dans la Vallée-de-l'Or par un groupe de médecins afin d'élaborer une offre de service. Les rencontres réalisées en 2005-2006, avec les médecins de ce secteur, concernant les services médicaux ont permis notamment d'élaborer une entente de services avec le CSSS, un projet de convention à soumettre au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et un contrat d'association entre les médecins de trois cliniques médicales de Val-d'Or. Le dépôt du projet au MSSS, afin de recevoir l'accréditation, était prévu pour le mois d'avril.

En continuité avec les travaux visant à implanter un GMF au sein de chaque territoire de CSSS, l'Agence a rencontré des représentants d'un groupe de médecins de Ville-Marie intéressés par un projet de regroupement. Le groupe a confirmé son intention de préparer une offre de service et un médecin responsable est désigné. Afin de soutenir les médecins dans leur démarche, l'Agence a mandaté un chargé de projet pour accompagner le médecin responsable dans la préparation du projet.

Finalement, l'Agence a entrepris l'évaluation de l'offre de service des GMF des Aurores-Boréales et du CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa en prévision de la demande de renouvellement au printemps 2006. Ces deux GMF sont opérationnels depuis 2003 et atteindront l'échéance de leurs trois premières années de fonctionnement en juillet 2006.

2

LES ACTIVITÉS RÉGIONALES EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Amélioration de la qualité des services

PLAINTES À L'AGENCE ET DANS LES ÉTABLISSEMENTS

Les citoyens et les citoyennes déposent des plaintes à la commissaire régionale à la qualité des services lorsqu'ils sont insatisfaits d'un service reçu de l'Agence, d'un organisme communautaire ou des services préhospitaliers d'urgence. Par ailleurs, la population s'adresse également à l'Agence pour signaler des difficultés dans les résidences privées. Elle fait également des demandes d'assistance et d'information quant aux services offerts sur son territoire.

Les demandes d'assistance consistent principalement en des activités de consultation, de liaison et d'intervention, dans le but de régler une insatisfaction sans qu'il y ait dépôt d'une plainte écrite ou verbale. Les demandes d'information de la population portent, entre autres, sur l'organisation ou l'accès aux services, pour lesquelles l'Agence transmet les données pertinentes nécessaires à la compréhension d'une situation.

TABLEAU 14
BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES REÇUES À L'AGENCE AU 31 MARS 2006

PLAINTES	14
ASSISTANCE	8
INFORMATION	114
AUTRES (erreur d'instance, copie conforme, etc.)	17
PÉNURIE D'EFFECTIFS MÉDICAUX	36
DEMANDES D'INTERVENTION RÉSIDENCES PRIVÉES	6
NOMBRE TOTAL D'INTERVENTIONS	195

Dans l'ensemble, la commissaire régionale à la qualité des services et son adjointe sont intervenues dans 195 dossiers et demandes adressées à l'Agence. Il s'agit de 14 plaintes, 8 demandes d'assistance, 114 demandes d'information, 17 erreurs d'instances (plaintes qui auraient dû être déposées auprès d'un établissement), 6 signalements envers des résidences privées et 36 demandes pour avoir accès à un médecin de famille. Le nombre d'interventions a diminué puisque l'an dernier le nombre total était de 244 demandes.

TABLEAU 15
PLAINTES TRAITÉES PAR LES COMMISSAIRES LOCAUX À LA QUALITÉ DES SERVICES DANS LES ÉTABLISSEMENTS AU 31 MARS 2006

Mission d'établissement	Plaintes en voie de traitement au 1er avril 2005	Plaintes reçues durant l'exercice	Total	Plaintes conclues durant l'exercice	Plaintes en voie de traitement au 31 mars 2006	Dossiers transmis au 2e palier : Protecteur des usagers
CH	19	130	149	138	11	2
CLSC	2	24	26	26	0	1
CHSLD	1	8	9	8	1	0
CR	0	2	2	2	0	0
CENTRE JEUNESSE	8	22	30	25	5	5
Total	30	186	216	199	17	8

La plupart des plaintes sont d'abord traitées en établissement. Par son pouvoir de recommandation, le commissaire local à la qualité des services vise essentiellement le redressement d'une situation administrative ou professionnelle qui affecte l'usager. C'est une occasion privilégiée, et particulièrement stimulante pour qui veut améliorer la qualité des services. Ce premier tableau présente le bilan des plaintes traitées en établissement. Nous avons distingué les plaintes adressées aux commissaires à la qualité des services de celles déposées aux médecins examinateurs.

Durant l'exercice 2005-2006, les dix établissements de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue ont reçu 186 plaintes. Puisque 30 plaintes étaient en voie de traitement au 1er avril 2005, le nombre total de dossiers de plaintes examinés par les commissaires locaux est de 216. Ces derniers ont acheminé leurs conclusions pour 199 plaintes. Subséquemment, 17 plaintes étaient en voie de traitement au 31 mars 2006. De ce nombre, huit dossiers ont été transmis en deuxième instance au Protecteur des usagers.

TABLEAU 16
PLAINTES TRAITÉES PAR LES MÉDECINS EXAMINATEURS DANS LES ÉTABLISSEMENTS AU 31 MARS 2006

MISSION D'ÉTABLISSEMENT	Plaintes en voie de traitement au 1er avril 2005	Plaintes reçues durant l'exercice	Total	Plaintes conclues durant l'exercice	Plaintes en voie de traitement au 31 mars 2006	Dossiers transmis au 2e palier : Comité de révision
CH	41	59	100	71	29	4
CLSC	1	3	4	2	2	0
Total	42	62	104	73	31	4

Les médecins examinateurs ont reçu 62 plaintes. Au 1er avril 2005, 42 dossiers de plaintes étaient en voie de traitement. En conséquence, le nombre de dossiers totalisait 104 pour l'exercice financier 2005-2006. Les médecins examinateurs ont remis leurs conclusions pour 73 plaintes et quatre de ces dossiers ont été transmis à un comité de révision. Il en subsistait 31 en voie de traitement au 31 mars 2006.

Si on additionne les plaintes adressées aux commissaires locaux à la qualité des services et aux médecins examinateurs, le total indique que 248 plaintes ont été adressées aux établissements du territoire pour l'exercice financier 2005-2006. Les établissements de la région ont donc connu une légère diminution du nombre de plaintes cette année, puisque pour l'année 2004-2005, 266 plaintes avaient été déposées dans les établissements.

VISITES D'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

Cette année encore, les visites d'appréciation se sont poursuivies. Elles ont eu lieu dans les ressources intermédiaires, les ressources de type familial et au Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue (CJAT).

Pour ce faire, des équipes ont été constituées pour la province; elles étaient composées d'un représentant du ministère de la Santé et des Services sociaux et d'un représentant soit du Conseil pour la protection des malades, de l'Association du Québec pour l'intégration sociale ou encore de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, auxquels se sont joints, dans chacune des régions, un représentant de l'Agence et un représentant régional de la problématique visée. Notre région a fait l'objet de quatre visites, soit :

- Le Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue;
- Clair Foyer, l'installation de Rouyn-Noranda (ressources de type familial);
- Clair Foyer et le CSSS de la Vallée-de-l'Or (ressources de type familial);
- CSSS de Rouyn-Noranda (ressources intermédiaires).

Une visite des lieux, des rencontres informelles avec les familles, les ressources, les comités des usagers, les usagers et les intervenants ainsi que des observations sur l'organisation du travail ont été effectuées de manière à permettre à l'équipe de visite d'apprécier l'environnement humain et physique.

Pour les quatre visites effectuées, des recommandations ont été émises dans le rapport de visite de chacun des établissements. Par la suite, les établissements gestionnaires visités ont présenté un plan d'action visant à implanter les correctifs recommandés. L'Agence assure un suivi rigoureux aux plans soumis par les établissements.

SERVICES EN LANGUE ANGLAISE

L'accessibilité aux services de santé et de services sociaux pour la population d'expression anglaise a été renforcée par des services de traduction et des formations dispensées au cours de l'année.

Tous les communiqués d'intérêt public émis par la Direction de santé publique ont été traduits et diffusés auprès des communautés autochtones anglophones de la région.

Deux projets de formation en langue anglaise destinés à des professionnels d'établissements régionaux situés sur des territoires ayant une forte proportion de population d'expression anglaise se sont poursuivis.

De plus, avec le soutien de l'Université McGill, deux autres projets spécifiques de formation ont été dispensés.

COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES

Plusieurs démarches ont été effectuées au cours de l'année en vue d'assurer de meilleurs locaux aux intervenants du CJAT au Lac Simon.

Une étude de besoins sur les services sociaux pour les communautés de l'est de la région (Lac Simon, Pikogan et Kitcisacik) s'est menée au cours de l'année en partenariat avec le ministère des Affaires Indiennes et du Nord du Canada (MAINC), les communautés impliquées et le Centre Jeunesse.

Plusieurs rencontres se sont tenues dans le cadre de l'entente spécifique qui lie l'Agence avec le Anishnabe Long Term Care Centre (CHSLD privé non conventionné) quant à l'hébergement de la clientèle autochtone de la région vivant hors réserve. L'Agence a participé aux discussions portant sur le rehaussement des allocations versées par le MAINC au CHSLD pour l'hébergement de la clientèle autochtone sur réserve.

PRESTATION SÉCURITAIRE DES SERVICES

Entente de gestion

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Mettre en place des mesures spécifiques, dans 100 % des établissements, pour assurer la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'établissements ayant mis en place un comité de gestion du risque et de la qualité	9	10	10
Nombre d'établissements dont le conseil d'administration a entériné une politique de divulgation de tout accident à un usager	10	10	10
Nombre d'établissements qui déclarent les incidents/accidents	10	10	10
Nombre d'établissements ayant mis en place un registre local des incidents/accidents	10	10	10
Nombre d'établissements ayant sollicité l'agrément de leurs services par un organisme d'accréditation reconnu	10	10	10

COMMENTAIRES

Les cibles sont toutes atteintes : les mesures spécifiques ont été mises en place dans 100 % des établissements de la région.

PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Entente de gestion

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Réduire l'incidence moyenne annuelle des infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'établissements ayant atteint le ratio de professionnels en prévention des infections nosocomiales en centre hospitalier courte durée ▸ 1 ETP pour 133 lits de courte durée	4	6	5
Nombre d'établissements ayant atteint le ratio de professionnels en prévention des infections nosocomiales en centre d'hébergement et de soins de longue durée ▸ 1 ETP pour 250 lits de longue durée	0	6	4

COMMENTAIRES

Les cibles sont partiellement atteintes :

- En mission centre hospitalier (CH), un seul établissement n'a pas atteint le nombre de postes requis : il atteint un ratio de 0,8 poste au lieu d'un poste pour 133 lits de courte durée.
- En hébergement de longue durée, un établissement atteint 0,43 poste alors que l'autre a 0,12 poste pour 250 lits.

L'Agence s'assurera que ces cibles soient atteintes dès le début de 2006-2007.

ANALYSE DIFFÉRENCIÉE SELON LES SEXES

Attente administrative

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Former les gestionnaires à l'utilisation de l'analyse différenciée selon les sexes lors des différentes étapes de gestion.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'établissements ayant reçu la formation	S.O.	6/6	1/6
Formation du personnel de l'Agence réalisée		Formation réalisée	Formation réalisée

COMMENTAIRES

L'ensemble des CSSS était visé par cette formation. Cette cible n'a pu être atteinte pour les CSSS en 2005-2006, faute de disponibilité des personnes ciblées, mais devrait l'être en 2006-2007.

Lors d'une rencontre régionale, l'ensemble des directeurs généraux des établissements a reçu une formation adaptée.

La majeure partie du personnel ciblé de l'Agence a aussi reçu la formation, de sorte qu'au total environ 65 personnes ont reçu cette formation en 2005-2006.

SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

Responsabilité régionale

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Assurer les transports ambulanciers sur tout le territoire.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de transports réalisés	10 544 transports réalisés	Répondre à toutes les demandes de transport	10 598 transports réalisés

COMMENTAIRES

Pour la période du 1er avril 2005 au 31 mars 2006, les entreprises ambulancières de la région ont effectué 10 598 transports, ce qui représente une augmentation de 54 transports par rapport à 2004-2005 ainsi qu'une hausse de 1736 transports depuis 2000.

Zone	Nombre de transports selon les territoires	
801	Ambulances Témiscaming	226
802	Ambulances Abitémis (Ville-Marie)	663
803	Ambulances Abitémis (Rouyn-Noranda)	2 731
804	Ambulances Abitémis (La Sarre)	1 330
805	Ambulances Abitémis (Amos)	1 222
806	Ambulances Val-d'Or	2 793
807	Ambulance Senneterre	282
810	Ambulances Abitémis (Malartic)	471
811	Ambulances Abitémis (Notre-Dame du Nord)	326
812	Ambulance Boulay (Parc de la Vérendrye)	57
813	Ambulances Abitémis (Cadillac)	162
814	Ambulances Abitémis (Barraute)	200
820	Ambulance Bella-Meau (Belleterre)	135
Total		**10 598**

PROGRAMME DE SERVICES
Santé publique

PROMOTION ET PRÉVENTION – JEUNES ET FAMILLES

Entente de gestion

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité en s'assurant de rejoindre 75 % des femmes enceintes et des mères âgées de 20 ans et plus, sous-scolarisées et vivant sous le seuil de la pauvreté.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Proportion de femmes âgées de 20 ans ou plus, sous-scolarisées et vivant sous le seuil de faible revenu, ayant accouché dans l'année, rejointes par les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance – Volet soutien aux familles qui vivent dans l'extrême pauvreté	94 %	85 %	81,9 %

COMMENTAIRES La cible n'est pas atteinte pour l'ensemble de la région. Toutefois, elle l'est pour trois territoires sur six. En excluant les femmes autochtones des calculs, les résultats sont les suivants : 154 nouvelles mères de 20 ans ou plus sous-scolarisées, sur 188 mères visées, ont été desservies par les services intégrés en périnatalité.

Les services en périnatalité et pour la petite enfance sont bien implantés dans la région et l'avis de grossesse est utilisé par les médecins de façon systématique. Il faut noter toutefois que la durée du suivi ne se fait pas jusqu'à ce que l'enfant ait 5 ans faute de ressources financières.

Note sur le calcul du taux :
Il s'agissait de la première année d'utilisation d'un nouvel outil pour identifier la clientèle, la fiche de périnatalité. Cet outil a été implanté à l'automne 2005, de sorte que les établissements ont dû inscrire rétroactivement les informations. Un établissement a dû produire ces données manuellement pour l'Agence à cause de problèmes de transmission de la fiche de périnatalité en fin d'année.

Trois CSSS de la région ont des communautés autochtones sur réserve dans leur territoire. Les services en périnatalité sur réserve sont assurés par les intervenants des dispensaires et financés par le gouvernement fédéral. Les nouvelles mères autochtones sont souvent jeunes et peu scolarisées. Grâce à leur adresse sur les réserves, lorsqu'elle est mentionnée, l'Agence les a donc exclues du registre des naissances 2003, mais il est possible qu'il en reste quelques-unes. Mentionnons que l'Agence a assuré la formation concernant le programme de périnatalité à plusieurs intervenants des dispensaires de ces communautés.

PROMOTION ET PRÉVENTION – JEUNES ET FAMILLES

Entente de gestion

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité, en s'assurant de rejoindre 90 % des jeunes femmes enceintes et des mères âgées de moins de 20 ans.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Proportion de femmes de moins de 20 ans ayant accouché dans l'année rejointes par les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance - Volet Programme de soutien aux jeunes parents	96 %	85 %	73,6 %

COMMENTAIRES La cible n'a pas été atteinte pour l'ensemble de la région, mais deux territoires sur six l'atteignent. En excluant les femmes autochtones des calculs, les résultats sont les suivants : 53 nouvelles mères de moins de 20 ans sous-scolarisées, sur 72 mères visées, ont été desservies par les services intégrés en périnatalité.

Les services en périnatalité et pour la petite enfance sont bien implantés dans la région et l'avis de grossesse est utilisé par les médecins de façon systématique. Il faut noter toutefois que la durée du suivi ne se fait pas jusqu'à ce que l'enfant ait 5 ans, faute de ressources financières.

Note sur le calcul du taux :
Il s'agissait de la première année d'utilisation d'un nouvel outil pour identifier la clientèle, la fiche de périnatalité. Cet outil a été implanté à l'automne 2005, de sorte que les établissements ont dû inscrire rétroactivement les informations. Un établissement a dû produire ces données manuellement pour l'Agence à cause de problèmes de transmission de la fiche de périnatalité en fin d'année.

Trois CSSS de la région ont des communautés autochtones sur réserve dans leur territoire; les services en périnatalité sur réserve sont assurés par les intervenants des dispensaires et financés par le gouvernement fédéral. Ces mères sont souvent jeunes et peu scolarisées. Grâce à leur adresse sur les réserves, lorsqu'elle est mentionnée, l'Agence les a donc exclues du registre des naissances 2003, mais il est possible qu'il en reste quelques-unes. Mentionnons que l'Agence a toutefois assuré la formation concernant le programme de périnatalité à plusieurs intervenants des dispensaires de ces communautés.

PRÉVENTION – TABAGISME

Entente de gestion

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Poursuivre la mise en œuvre du Plan québécois de lutte contre le tabagisme.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation dans des centres d'abandon du tabagisme (CAT)	185	203	105

COMMENTAIRES

La région n'a pas atteint la cible d'augmenter le nombre de personnes rejointes de façon individuelle. La codification s'était réalisée de façon manuelle en 2004-2005 ce qui peut expliquer une partie de l'écart. Par ailleurs, 44 personnes ont reçu des services par le biais de séries de rencontres en groupe.

La région compte huit CAT dispersés sur son territoire de sorte que le nombre d'heures d'accessibilité par semaine par territoire est limité. Deux CSSS sur six n'ont pu remplacer des absences pour maladie pendant plusieurs semaines au cours de l'année.

Notons aussi que d'autres intervenants des CSSS, tels ceux en scolaire et en périnatalité, assurent des activités de prévention et de soutien à la cessation et que la région est très active dans la promotion et la participation à l'activité « j'arrête, j'y gagne », pour laquelle, elle se classe encore en tête de liste au Québec. Pour l'année 2006-2007, les intervenants des CAT seront, dans plusieurs territoires, intégrés aux équipes dédiées aux maladies chroniques.

Enfin, il est important de souligner que la région s'est longtemps démarquée par un taux de prévalence plus élevé que l'ensemble du Québec. Les dernières enquêtes démontrent des gains significatifs de sorte que la région est maintenant comparable au Québec.

Note concernant le résultat :

Le résultat obtenu par le système I-CLSC est de 91, mais n'inclut pas les résultats du CSSS Les Eskers de l'Abitibi qui a eu des problèmes de codification. Il faut donc ajouter 14 personnes à celles indiquées dans le rapport.

DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Entente de gestion

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Taux de participation au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)	62,2	64,9	59,3
Taux de détection initial du cancer du sein	6,5	6,5	5,8
Taux de détection subséquent du cancer du sein	4,2	4,2	4,5
Taux de référence initial pour investigation	14,3	14,3	18,6
Taux de référence subséquent pour investigation	8,1	7,9	7,9

COMMENTAIRES

La région n'a pas atteint l'augmentation du taux de participation visé, mais se situe tout de même avantageusement par rapport aux autres régions du Québec.

- Deux territoires de la région sont dépendants de la disponibilité de la clinique accréditée de radiologie (CLARA) qui cette année, n'a pu répondre à la demande.
- De plus, les difficultés organisationnelles dans un CSSS ne lui ont pas permis de maintenir sa performance habituelle.

Par contre, deux territoires ont rejoint plus de 70 % des femmes. L'an prochain, la région devrait afficher de meilleurs résultats avec la venue de CLARA et l'amélioration de l'organisation des services particulièrement dans un territoire.

Concernant le taux de détection en dépistage initial, la cible est considérée atteinte même si on observe une diminution de 6,5 ‰ à 5,8 ‰, car le taux demeure au-dessus du taux attendu de 5 ‰.

Pour le taux de détection lors de dépistages subséquents, on observe une légère augmentation; ce résultat demeure dans les normes attendues, soit plus que 3,5 ‰. Cette cible est donc atteinte.

Le taux de référence initial a augmenté, donc la région n'atteint pas cette cible; pour le taux de référence subséquent, la cible est atteinte.

Pour ces taux de détection et de référence, la région est dépendante de la pratique médicale qui elle, varie avec l'expérience des cliniciens dans ce domaine spécifique. La stratégie actuelle de la région est de fournir leurs résultats aux radiologistes afin qu'ils puissent s'auto-évaluer.

PROTECTION – INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG

Entente de gestion

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Rejoindre les clientèles vulnérables au regard du VIH/sida, du VHC et des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Volume de tests de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisé par les SIDEP auprès de l'ensemble de la clientèle	1166	1300	952
Volume de tests de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisé auprès des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP	172	190	262
Volume de vaccinations auprès de l'ensemble de la clientèle du SIDEP	821	903	622
Volume de vaccinations des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP	458	504	136

COMMENTAIRES

Mise en garde avant l'analyse des résultats :
La définition de la clientèle s'est précisée à la fin de l'année 2005-2006 de sorte que les résultats 2004-2005 ne sont pas comparables et que les cibles visées ne correspondent plus à la réalité. De plus, en 2004-2005, on comptabilisait chaque vaccin alors que pour 2005-2006, ce sont les usagers vaccinés qui sont comptés. Enfin, en 2004-2005 la cueillette de données s'est réalisée de façon manuelle alors qu'en 2005-2006 les données ont été recueillies grâce au système d'information I-CLSC.

L'évaluation quantitative des résultats ne peut être faite, de sorte que le bilan présente un regard qualitatif sur l'organisation actuelle des services.

Les services de SIDEP sont en place dans les deux territoires les plus populeux de la région depuis quelques années. La clientèle est rejointe là où elle se trouve par des stratégies différentes, infirmières de rue, collaboration avec des travailleurs de rue. Le démarchage et certains services sont offerts dans les bars et autres lieux où se trouve la clientèle. On arrive aussi à amener la clientèle dans des lieux mieux adaptés aux services selon l'organisation du territoire : local spécifique hors du CSSS, clinique jeunesse dans le CSSS. On constate un certain « plafonnement » en regard de la vaccination de cette clientèle qui est moins mobile ou changeante que dans les centres plus urbains.

Trois des quatre autres territoires ont débuté leurs activités en 2005-2006; l'autre territoire, très peu populeux, fera l'objet d'un soutien particulier de l'Agence afin d'adapter le développement de ce service à sa réalité.

CONNAISSANCE ET SURVEILLANCE

Préoccupation régionale

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Soutenir l'élaboration des projets cliniques par la production des portraits de santé pour chaque territoire de CSSS.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Portrait de santé pour chacun des territoires de CSSS de la région	S.O.	6 portraits	6 portraits
Portrait de santé pour l'ensemble de la région	S.O.	1 portrait	1 portrait

COMMENTAIRES

La région considère cette cible atteinte puisque des portraits détaillés ont été produits pour chacun des territoires de CSSS ainsi que pour l'ensemble de la région. Ainsi, chaque territoire dispose maintenant d'un tableau de bord présentant différents indicateurs sociosanitaires pour le territoire, la région et le Québec. Un autre document présente également les données de certains indicateurs pour l'ensemble des municipalités du territoire. Enfin, une analyse détaillée de chacun des indicateurs a été réalisée dans un troisième document intitulé « Portrait de santé ».

Après avoir présenté une synthèse des résultats de ces portraits à l'ensemble des directeurs généraux des établissements de la région, ainsi qu'aux responsables locaux des projets cliniques, la Direction de santé publique a entrepris à l'automne 2005 une tournée régionale pour une diffusion élargie des portraits. Une présentation d'une demi-journée a ainsi été effectuée dans chacun des territoires de CSSS auprès de cadres et intervenants du réseau ainsi qu'auprès de partenaires intersectoriels. Dans chacun de ces endroits, environ une centaine de personnes ont assisté aux présentations et compte tenu des nombreux commentaires positifs, la Direction de santé publique considère que l'opération fut un franc succès.

Le portrait régional constitue pour sa part un complément aux portraits des divers territoires. Il a été présenté aux membres du conseil d'administration ainsi qu'aux professionnels de l'Agence. Sa diffusion a également été effectuée dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'auprès de partenaires régionaux.

L'Agence s'est engagée par ailleurs à mettre à jour annuellement les divers indicateurs sociosanitaires du Portrait de santé afin que les CSSS disposent des informations disponibles les plus récentes.

ANIMATION DE JEUNES EN MILIEU RURAL

Préoccupation régionale

OBJECTIFS DE RÉSULTATS

Soutenir la mobilisation des partenaires de chaque territoire en vue d'améliorer les conditions de vie des jeunes en milieu rural de l'Abitibi-Témiscamingue.

Développer un partenariat financier plus stable en vue d'assurer la pérennité de l'animation des jeunes en milieu rural.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Le nombre de territoires participant à l'Entente de concertation concernant l'animation des jeunes en milieu rural		5/5	5/5

COMMENTAIRES

Il y a eu une entente de concertation régionale concernant l'animation des jeunes en milieu rural où onze partenaires provenant des cinq territoires ruraux de la région se sont associés pour le développement, l'animation et la consolidation des comités et de locaux de jeunes en milieu rural de l'Abitibi-Témiscamingue, s'avère un levier essentiel pour renforcer le travail amorcé dans chaque territoire. Cette entente traduit la préoccupation des divers intervenants pour améliorer les compétences individuelles des jeunes dans un but d'autonomie et d'identité. Les actions réalisées dans les divers milieux permettent de développer le sentiment d'appartenance des jeunes à leur communauté et à leur région. Également, elles encouragent la participation des jeunes au dynamisme de leur communauté.

Une démarche d'évaluation participative avec l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue sera réalisée en vue de déterminer la contribution de l'animation des jeunes en milieu rural en ce qui à trait à la vitalisation des milieux ruraux, à la mobilisation et à la valorisation des saines habitudes de vie ainsi qu'à l'acquisition de comportements favorables chez les jeunes.

Au cours de la prochaine année, les territoires seront amenés à mettre en place une structure qui parrainera l'animation des jeunes dans leur milieu et dont le processus sera soutenu par l'Agence.

ÉCOLE EN SANTÉ

Préoccupation régionale

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Développer une intervention globale et concertée de promotion et de prévention.
Rendre accessible dans tous les milieux scolaires des territoires de CSSS des services intégrés de santé globale et préventive.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'écoles ayant une programmation intégrée en promotion et prévention	34 % des écoles, soit 36 écoles	34% des écoles	36% des écoles, soit 39 écoles

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de sessions et d'intervenants pivots formés	2 sessions de perfectionnement (environ 40 participants)	2 sessions de perfectionnement	2 sessions de perfectionnement (environ 14 participants)
Nombre de sessions et de gestionnaires ayant reçu une sensibilisation		1 session de sensibilisation	1 session de sensibilisation (17 personnes du réseau de la santé et 11 du réseau de l'éducation)
Nombre de rencontres bilan	3 rencontres régionales	3 rencontres régionales	3 rencontres régionales

COMMENTAIRES

Le MSSS retient comme activité gagnante l'élaboration et l'implantation d'une intervention globale et concertée pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents et pour prévenir différents problèmes d'adaptation sociale et ce, en collaboration avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires communautaires.

Par cette approche globale qui fait la promotion des comportements favorisant la santé et le bien-être des enfants et des adolescents (non usage du tabac, lutte à la sédentarité, rapports égalitaires, hygiène dentaire et autres), on vise à prévenir différents problèmes d'adaptation sociale (toxicomanie, suicide, violence et autres).

Le déploiement de l'approche se poursuit et les cibles sont atteintes pour 2005-2006. L'animation de la rencontre de sensibilisation auprès des gestionnaires a été réalisée en collaboration avec la responsable du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.

En juin 2006, une deuxième rencontre ciblant les gestionnaires des deux réseaux est planifiée.

Les rencontres régionales visent à soutenir les douze intervenants pivots, qui proviennent des commissions scolaires et des CSSS, et qui travaillent en collaboration et en soutien auprès des écoles.

ALLAITEMENT MATERNEL

Préoccupation régionale

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Augmenter les taux d'allaitement maternel d'ici 2007 afin qu'ils soient de 85 % à la sortie des services de maternité et qu'ils soient de 60 %, 50 % et 30 % respectivement aux deuxième, quatrième et sixième mois de vie de l'enfant et de 20 % à un an.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Taux d'allaitement maternel à la sortie des services de maternité en région	69,1 %	S.O.	90,1 %
Taux d'allaitement maternel au deuxième mois de vie de l'enfant	48,7 %	S.O.	61.5 %
Taux d'allaitement maternel au quatrième mois de vie de l'enfant	25,3 %	S.O.	45,1 %
Taux d'allaitement maternel au sixième mois de vie de l'enfant	12 %	S.O.	29,9 %

COMMENTAIRES

La région est en avance et atteint presque les objectifs quant aux taux d'allaitement visés pour l'année 2006-2007. Les données pour le taux d'allaitement maternel à douze mois de vie de l'enfant ne sont pas encore disponibles.

Plusieurs autres objectifs pour 2005-2006 ont été réalisés, soit :

- Consolider les groupes de soutien et amorcer l'implantation d'un service de marrainage en allaitement maternel dans chaque territoire de CSSS.
- S'assurer du suivi statistique de l'allaitement à la sortie du service de maternité des cinq centres accoucheurs de la région et lors de la vaccination des enfants à deux, quatre, six et douze mois au CSSS.
- Améliorer les liens de partenariat nécessaires entre les centres accoucheurs, les CSSS, les médecins, les organismes de soutien à l'allaitement et les pharmaciens afin d'optimiser la continuité des services en allaitement dans la région.
- Soutenir le processus d'implantation des initiatives « Amis des bébés », dans les centres accoucheurs et CSSS de la région.

Même s'il n'y a pas eu de formation régionale cette année, les CSSS ont donné une formation en allaitement maternel aux nouveaux membres du personnel travaillant en périnatalité pour la mise à jour des connaissances et habiletés en allaitement maternel ainsi que l'uniformisation des informations données aux parents.

Une campagne publicitaire régionale de sensibilisation aux bienfaits de l'allaitement et sur les services de soutien a été planifiée, et sera mise en place lors de l'implantation du réseau de marrainage.

RECHERCHE SUR LES COMMUNAUTÉS DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Préoccupation régionale

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Réaliser des portraits de communautés permettant de cerner la dynamique ou la capacité des communautés locales à se développer ou à documenter des dimensions de la vie d'une communauté ou d'un territoire. Ces portraits viennent notamment soutenir le développement et la mise en œuvre des projets cliniques et organisationnels.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Portrait de quatre municipalités de la MRC d'Abitibi-Ouest en cours de réalisation	S.O.	4 portraits	4 portraits terminés
Portraits de la dynamique de concertation entre le CSSS Les Eskers de l'Abitibi et les organismes communautaires	S.O.	1 portrait	1 portrait terminé
Développement d'outils de connaissance des milieux au service des intervenants locaux en développement des communautés	S.O.	Démarrage du projet	Projet en cours de réalisation
Partenariat pour améliorer la santé et le bien-être de la population desservie par le CSSS Les Eskers de l'Abitibi : les liens entre le secteur de la santé et les autres secteurs	S.O.	Démarrage du projet	Projet en cours de réalisation

COMMENTAIRES

Les informations découlant de ces projets permettent une meilleure connaissance des milieux pour mieux les accompagner dans leur propre développement.

De plus, ces projets représentent un appui direct aux CSSS dans la réalisation de leur projet clinique.

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Préoccupation régionale

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Évaluer le niveau de risque, lié à la présence d'arsenic atmosphérique dans le quartier Notre-Dame de Rouyn-Noranda, en mesurant l'imprégnation biologique chez les exposés, grâce à cinq campagnes saisonnières de surveillance, sur un échantillon de résidents du quartier comparé à un échantillon non exposé dans le quartier Évain.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de campagnes de surveillance réalisé auprès du groupe exposé et du groupe témoin	0	1	1

COMMENTAIRES

Les campagnes de surveillance de l'imprégnation biologique se poursuivent sur un horizon d'un an, à partir de l'automne 2005, au rythme d'une campagne par saison. La première a été réalisée en décembre 2005. Environ 95% de l'échantillon sélectionné, soit 300 personnes, ont participé à cette campagne.

Les résultats montrent que l'exposition des résidents du quartier Notre-Dame est très faible. Elle se compare en fait à celle du groupe non exposé dans le quartier Évain, bien que les niveaux d'arsenic dans l'air soient bien supérieurs dans le cas des exposés (11 à 325 fois plus qu'à Évain). La DSP explique ce résultat par le fait que les résidents ont passé très peu de temps dehors (moins d'une heure par jour) dans le quartier Notre-Dame pendant les quelques jours précédant l'exposition. Ceci en dépit du fait qu'ils ont passé plus de 16 heures par jour dans leur domicile.

L'évaluation du risque pour les exposés ne doit donc pas être basée sur la seule mesure des concentrations d'arsenic dans l'air du quartier, mais doit aussi tenir compte de la proportion de temps que les résidents passent dehors près de leur résidence, car seule l'exposition subie lorsqu'on est dehors est significative. Cette proportion varie selon la température extérieure. L'échantillon d'hiver représente la plus faible des expositions car c'est l'époque de l'année où les gens passent le moins de temps dehors. Il faudra attendre les résultats des quatre autres campagnes de prélèvements avant de pouvoir se prononcer définitivement sur le niveau de risque.

PROGRAMME DE SERVICES
Services généraux

SERVICES INFIRMIERS ET PSYCHOSOCIAUX GÉNÉRAUX

Entente de gestion

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Garantir, en tout temps et à toute la population, un accès aux services d'information et de conseils, de référence et d'orientation par Info-Santé 24/7, dans un délai de moins de quatre minutes.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Taux d'utilisation du service Info-Santé	0,364	0,364	0,358

COMMENTAIRES

La cible est partiellement atteinte. Un total de 51 524 appels ont été traités en 2005-2006 selon l'information fournie par la centrale, ce qui donne un taux légèrement plus bas qu'en 2004-2005.

- Le taux d'utilisation demeure probablement plus élevé que la moyenne provinciale qui était de 0,322 en 2004-2005.
- Notons qu'il s'agit de la première année où la réponse téléphonique est centralisée au CSSS du Lac-Témiscamingue. On a observé une diminution du taux de perte d'appels qui est passé de 25,4 % en 2004-2005 à 19,5 % en 2005-2006.
- Ce service n'a pas fait l'objet de promotion depuis quelques années, ce qui pourrait contribuer à augmenter le taux d'utilisation. La région n'a pas effectué une telle activité, car le tout est déjà planifié lors du lancement de la ligne 811.

SERVICES INFIRMIERS ET PSYCHOSOCIAUX GÉNÉRAUX

Entente de gestion

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	2173	2173	2027
Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	4,2	4,2	4,2

COMMENTAIRES

La région considère cette cible atteinte autant pour le taux de pénétration que pour l'intensité des services. La légère baisse du nombre de personnes rejointes doit être analysée en tenant compte de la décroissance de la population de la région.

- Les services psychosociaux rejoignent environ 1,5 % de la population totale de la région chaque année, ce qui est nettement supérieur à la moyenne provinciale qui est d'environ 1 %. Ces services sont accessibles dans tous les territoires locaux de 35 heures à 50 heures par semaine.
- L'intensité des services est aussi au-dessus de la moyenne provinciale et se maintient depuis quelques années.

Puisque cet indicateur ne mesure que les interventions individuelles réalisées par les services psychosociaux généraux, il est important de mentionner que de nombreuses interventions de groupe sont aussi réalisées dans la région, concernant notamment le soutien au deuil, à la séparation ainsi que pour la gestion du stress et pour contrer l'anxiété.

Note sur le point de départ 2004-2005 :
Tel qu'il a été mentionné dans l'entente de gestion 2005-2006, le point de départ (résultat réel 2004-2005) était de 2173 et non de 2437 comme le présentait les résultats par le système d'information I-CLSC. Une erreur de codification avait été détectée trop tard pour effectuer des corrections en 2004-2005. Les interventions auraient dû être inscrites en jeunesse.

PROGRAMME DE SERVICES

Perte d'autonomie liée au vieillissement

SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ – PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE

Entente de gestion

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	3340	3340	3457
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	20,7	20,7	22,9

COMMENTAIRES

La région a dépassé les cibles attendues pour 2005-2006 autant pour le taux de pénétration que pour l'intensité des services.

- Les services de soutien à domicile rejoignent 19,3 % des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement de la région. Tous les territoires rejoignent plus de 15 % des personnes visées, soit le seuil attendu pour 2005-2006.
- L'intensité des services est en progression constante grâce à des investissements réguliers au cours des dernières années. Un seul territoire de CSSS n'atteint pas le seuil attendu moyen de 19 interventions par personne par année; il est à 17,3. Dans toute la région, les services sont accessibles sept jours sur sept selon les besoins des personnes.

Dans le contexte du vieillissement de la population, les efforts doivent se poursuivre pour maintenir le taux de pénétration et augmenter l'intensité des interventions attendue pour 2010.

SERVICES EN CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Entente de gestion

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de 2,5 % et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels de 6 %.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3,27	3,27	3,20

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,27	0,27	0,28

COMMENTAIRES

La région considère les objectifs atteints autant pour les heures en soins infirmiers et d'assistance que pour les services professionnels. Tous les établissements de la région sont au-dessus des cibles attendues pour 2010 qui sont de 3,0 heures travaillées par jour-présence pour les soins infirmiers et d'assistance et de 0,19 heure travaillée par jour-présence pour les services professionnels.

Notons quand même que les cibles pour 2009-2010 ont été établies sur la capacité de payer de l'État de sorte que ces cibles ne répondent qu'à une partie des besoins des personnes.

MISE EN ŒUVRE D'ALTERNATIVES À L'HÉBERGEMENT POUR LES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

Activités de gestion courante

OBJECTIFS DE RÉSULTATS

Veiller à l'application des conditions d'exercice des projets retenus pour la région.

Assurer le suivi des plans d'action pour la mise en œuvre des projets retenus en région.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Actions réalisées en conformité du plan d'action d'implantation des projets retenus	Les promoteurs des projets retenus et les établissements concernés ont été informés des conditions d'exercice des projets	Implantation du 2e projet Poursuite des activités du 1er projet	Démarche concertée du promoteur, de l'établissement et de l'Agence pour l'aménagement physique de la bâtisse prévue pour le 2e projet Liste des actions réalisées dans le cadre des deux projets
Identification des rôles et responsabilités des organismes concernés par les projets dans une entente de services	Entente signée pour l'un des deux projets de la région	Entente signée entre les parties concernées par le 2e projet	Une entente signée sur deux

COMMENTAIRES

En suivi d'une correspondance du MSSS, datée d'avril 2004, la mise en place de l'un des projets novateurs n'a pu être réalisée en 2005-2006 en raison des difficultés rencontrées pour l'aménagement physique de l'édifice prévu à cet effet. Par contre, les travaux d'identification de la clientèle visée ainsi que des mécanismes de concertation pour la référence et l'admission des personnes ont été réalisés.

L'un des projets novateurs est opérationnel depuis octobre 2004. L'évaluation actuelle du projet est très positive. Le projet permet le maintien de 15 personnes en grande perte d'autonomie dans leur milieu de vie, en l'occurrence une ressource privée à but non lucratif, avec le soutien du CSSS du territoire concerné.

SERVICES D'HÉBERGEMENT POUR LES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

Attente administrative

OBJECTIFS DE RÉSULTATS

Poursuivre l'implantation de l'approche « milieu de vie » telle que définie dans les orientations ministérielles, pour un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD.

Assurer un suivi aux recommandations issues des visites d'appréciation de la qualité des services en CHSLD.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Bilan régional des actions réalisées pour l'implantation de l'approche milieu de vie »	Réalisation des actions prévues en 2004-2005 et ajustement de la planification pour 2005-2006	Identification des actions réalisées en 2005-2006 pour l'implantation de l'approche	Bilan régional produit à partir des plans locaux des CSSS
Planification des actions et mesures prévues en suivi aux recommandations des visites d'appréciation de la qualité des services de CHSLD	Mise en place des mesures prévues en 2004-2005	Réalisation des actions mises de l'avant en 2005-2006	Calendrier de réalisation des actions prévues en 2005-2006

COMMENTAIRES

Les CSSS disposent de conseillers en milieu de vie qui voient à l'implantation de l'approche milieu de vie.

Tous les établissements ont produit un plan d'action pour l'implantation des orientations ministérielles pour un milieu de vie de qualité en CHSLD. La majorité s'est dotée d'un mécanisme d'évaluation de la satisfaction des services offerts. Le concept d'intervenant accompagnateur est défini et mis en place dans cinq des six CHSLD. Des mécanismes de mise à jour des plans d'intervention individualisés sont présents dans la plupart des CHSLD. Tous disposent d'un protocole régissant l'application des mesures de contrôle. Des sessions de sensibilisation du personnel cadre et des intervenants à l'approche milieu de vie ont été données dans deux territoires. L'un des territoires a procédé à une vaste consultation qui a permis de définir le concept milieu de vie et de produire du matériel promotionnel qui a été affiché sur les unités. D'autres ont mis en place un fonctionnement par îlot lequel entraîne un regroupement des clientèles selon leur profil de besoins conformément aux orientations ministérielles.

Deux des trois établissements visités ont réalisé plus des trois quarts des recommandations émises par l'équipe ministérielle. Le troisième a complété un peu plus des deux tiers des recommandations.

SERVICES AUX PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

Attente administrative

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Développer et proposer un plan d'action permettant d'adapter les interventions et les services à la réalité du vieillissement dans chacune des régions du Québec, le 15 décembre 2005.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Plan d'action régional sur les services aux aînés en perte d'autonomie 2005-2010	S.O.	Plan d'action régional préparé et déposé pour le 15 décembre 2005	Plan d'action réalisé selon l'échéancier

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

COMMENTAIRES

La démarche d'élaboration du plan d'action a permis de se doter d'une vision stratégique et de concevoir un plan de mise en œuvre des services aux personnes âgées. Ce document comprend les éléments suivants : le contexte régional, les défis à relever, les résultats attendus, les stratégies retenues, les actions privilégiées et les ressources requises.

Le plan intègre six grands défis et vingt-six stratégies retenus en région afin d'améliorer les services aux personnes âgées. Ce plan d'action a été produit à la suite d'une consultation élargie mettant à profit des personnes oeuvrant auprès des personnes âgées notamment des médecins, des intervenants, des groupes et des comités de travail. Des regroupements de personnes qui s'intéressent aux conditions de vie et aux besoins des personnes âgées notamment la Table régionale des aînés y ont également participé.

PROGRAMME DE SERVICES
Déficience physique

SOUTIEN À DOMICILE – DÉFICIENCE PHYSIQUE

Entente de gestion

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins, en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	1655	1655	1656
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	11,4	11,4	12,6

COMMENTAIRES

La région a dépassé les cibles attendues pour 2005-2006 autant pour le taux de pénétration que pour l'intensité des services.

- Les services de soutien à domicile pour les personnes présentant une déficience physique rejoignent davantage les personnes que dans les centres urbains. Le taux de pénétration est de 26,6 % alors que l'attendu pour 2005-2006 était de 15,8 %. Il n'y a personne en attente de service.
- L'intensité des services est en progression constante, la région a atteint la cible pour 2005-2006. Il existe des variations importantes entre les territoires. Notons aussi que ces résultats ne tiennent pas compte de la prestation des services des entreprises d'économie sociale et de celle assurée par le chèque emploi service.
- Ajoutons qu'il y a une grande implication des organismes communautaires auprès de ces personnes dans la région.

Compte tenu du taux de pénétration élevé des services, de la réponse aux besoins, de la contribution des entreprises d'économie sociale et du chèque emploi service, il apparaît normal pour la région de maintenir le niveau d'intensité pour les prochaines années.

SOUTIEN À DOMICILE – DÉFICIENCE PHYSIQUE

Entente de gestion

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe	236	236	224

COMMENTAIRES

La région a atteint la cible attendue pour 2005-2006 pour le nombre de familles rejointes. La légère variation du nombre de familles est liée à des corrections de codification au profit de la déficience intellectuelle.

- Les services sont mieux connus et utilisés que dans l'ensemble du Québec : la région présente un taux de pénétration de 6,3 % alors que le seuil provincial attendu pour 2005-2006 est de 3,5 %. On observe une variation entre les territoires, le plus bas ayant un taux de pénétration de 3,8 %, soit au-delà de l'attendu pour 2005-2006.
- Il n'y a personne en attente de service dans la région.

SERVICES SPÉCIALISÉS – DÉFICIENCE PHYSIQUE

Entente de gestion

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies et en maintenant ce taux.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de personnes ayant une déficience motrice recevant des services spécialisés de réadaptation	1442	1452	1556
Nombre de personnes ayant une déficience visuelle recevant des services spécialisés de réadaptation	284	284	339
Nombre de personnes ayant une déficience auditive recevant des services spécialisés de réadaptation	148	148	240
Nombre de personnes ayant une déficience de la parole et du langage recevant des services spécialisés de réadaptation	182	200	225

COMMENTAIRES

En services spécialisés, pour les quatre types de déficience visés, les cibles sont atteintes. L'écart observé est toutefois un peu plus élevé que la réalité car la façon de comptabiliser les personnes par le centre de réadaptation de la région a été modifiée en cours d'année pour être comparable à la façon de faire des autres centres de réadaptation de la province.

- Le nombre de personnes desservies est en croissance grâce, notamment, aux investissements des dernières années et la région rejoint déjà le nombre de personnes visées pour 2010. Ces données ne tiennent toutefois pas compte de l'intensité des services reçus.
- Les listes d'attente sont en diminution sauf en déficience visuelle comme on peut le constater :
  - déficience motrice : 54 personnes au 31 mars 2006, alors qu'il y en avait 89 au 31 mars 2005;
  - déficience visuelle : 15 personnes au 31 mars 2006, alors qu'il y en avait une seule au 31 mars 2005;
  - déficience auditive : 17 personnes au 31 mars 2006, alors qu'il y en avait 23 au 31 mars 2005;
  - déficience de la parole et du langage : 11 jeunes de 17 ans et moins et deux de 18 et plus au 31 mars 2006, alors qu'il y en avait 14 de 17 ans et moins, et trois de 18 ans et plus, au 31 mars 2005.

PROGRAMME DE SERVICES
Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

SOUTIEN À DOMICILE – DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

Entente de gestion

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	276	276	304
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DI)	7,3	7,3	6,2

COMMENTAIRES

La région a dépassé la cible pour 2005-2006 pour le nombre de personnes rejointes par les services. L'augmentation est en partie due à des ajustements de codification.

- Comme pour les autres services à domicile, les services sont mieux connus et utilisés dans la région. Ainsi, le taux de pénétration des services est de 10,1 % alors que le seuil provincial attendu en 2005-2006 est de 4,3 % et de 5,3 % en 2010.

L'intensité des services attendue n'a pas été atteinte pour 2005-2006, mais vu l'augmentation de la clientèle, le nombre total d'interventions a peu varié. Il existe des variations importantes entre les territoires.

- Ces résultats ne tiennent pas compte de la prestation des services des entreprises d'économie sociale et de celle assurée par le chèque emploi-service, qui peuvent aussi varier d'une année à l'autre pour tenir compte des besoins.
- Ajoutons qu'il y a une grande implication des organismes communautaires auprès de ces personnes dans la région.

Compte tenu du taux de pénétration des services élevé (plus du double de l'attendu), de la contribution des entreprises d'économie sociale et du chèque emploi service, il apparaît normal de maintenir le niveau d'intensité des services pour les prochaines années.

SOUTIEN À DOMICILE – DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

Entente de gestion

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe	167	167	175

COMMENTAIRES

La région a atteint la cible attendue en 2005-2006 pour le nombre de familles rejointes. La légère hausse du nombre de familles est liée à des corrections de codification en déficience physique au profit de la déficience intellectuelle.

- Les services sont mieux connus et utilisés que dans l'ensemble du Québec : la région présente un taux de pénétration de 14,8 % alors que le seuil attendu provincial pour 2005-2006 était de 13,2 %.
- Il n'y a personne en attente de service dans la région.

SOUTIEN À DOMICILE – TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

Entente de gestion

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant un trouble envahissant du développement et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de personnes ayant un trouble envahissant du développement recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	28	28	38
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (TED)	7,3	7,3	9,3

COMMENTAIRES

La région a dépassé la cible en 2005-2006 concernant le nombre de personnes rejointes.

- Il s'agit de problématiques mieux connues et, comme pour les autres services à domicile de la région, le taux de pénétration dépasse déjà l'attendu qui serait de rejoindre 33 personnes pour la région.

L'intensité des services est aussi atteinte. Toutefois, il existe des variations importantes entre les territoires et une seule personne, qui reçoit des services très fréquemment, influence beaucoup la moyenne régionale.

- Ces résultats ne tiennent pas compte de la prestation des services offerts par des entreprises d'économie sociale et de celle assurée par le chèque emploi service.

SOUTIEN À DOMICILE – TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

Entente de gestion

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'usagers ayant un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe	28	28	30

COMMENTAIRES

La région atteint la cible attendue pour 2005-2006 pour le nombre de familles rejointes.

- Il n'y a personne en attente de service dans la région.

Comme une bonne partie de ces personnes ont moins de 20 ans, qu'elles reçoivent des services intensifs pour certaines, qu'elles reçoivent un soutien à l'intégration en milieu de garde ou scolaire et qu'elles n'ont pas encore développé de problèmes de comportement qui apparaissent souvent avec l'âge, il est probable que le nombre de familles desservies ait une croissance assez lente.

SERVICES SPÉCIALISÉS – TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

Entente de gestion

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Améliorer l'accès à des services d'intervention comportementale intensive (ICI) d'un minimum de 20 heures par semaine pour les enfants de moins de 6 ans ayant un diagnostic de trouble envahissant du développement en augmentant le nombre d'enfants desservis.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service d'interventions comportementales intensives(ICI) de type ABA	12	12	19
Nombre moyen d'heures hebdomadaires d'interventions comportementales intensives (ICI) par enfant de moins de 6 ans	9,86	20	10,75

COMMENTAIRES

La cible concernant le nombre d'enfants visés a été atteinte. Au 31 mars, 10 enfants recevaient les services, alors qu'au cours de l'année, 19 enfants différents ont reçu des services.

- Les services spécialisés pour les TED ont été développés depuis plusieurs années de sorte que la clientèle visée de tout âge est en croissance et déjà rejointe pour 2006-2007.
- En CSSS, la présence d'un dépistage du développement des enfants d'âge préscolaire et lors des vaccinations contribue à l'identification précoce des enfants.
- Il n'y a pas de jeunes en attente de service.

L'Agence considère que la cible concernant le nombre moyen d'heures d'interventions comportementales intensives visé est atteinte car le service est disponible 20 heures par semaine et n'est pas toujours donné à ce rythme pour les raisons suivantes :

- Certains enfants ne peuvent « tolérer » les 20 heures pour des raisons cliniques ou parce que les parents favorisent souvent l'intégration en milieu de garde plutôt que l'intervention intensive individuelle. Il peut y avoir aussi un arrêt temporaire lorsque l'enfant est malade.
- Certains parents refusent des services aussi intenses pour leur enfant ou suspendent la participation lors des vacances et autres congés.
- Les services du Centre de réadaptation La Maison soutiennent aussi l'intégration en milieu de garde, ce qui n'est pas comptabilisé comme de l'intervention intensive par les indicateurs.

Des services indirects, tels les rencontres de plan de services individualisés et le soutien au personnel des milieux de garde, ne sont pas comptabilisés dans les heures. Ces services indirects, les déplacements et la rédaction de dossiers, ont été évalués pour quelques enfants et peuvent représenter de 4 à 12 heures par semaine.

SERVICES SPÉCIALISÉS – TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

Entente de gestion

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Améliorer l'accès à des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociales pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement en augmentant le nombre de jeunes desservis, âgés de 6 à 21 ans et en augmentant le nombre d'adultes desservis, de 21 ans et plus.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de jeunes âgés de 6 à 21 ans recevant un service spécialisé (TED)	36	36	53
Nombre d'adultes de plus de 21 ans recevant un service spécialisé (TED)	33	33	25

COMMENTAIRES

L'Agence considère les deux cibles atteintes, même s'il y a eu une baisse de la clientèle desservie chez les plus de 21 ans.

Pour les 6 ans à 21 ans, la région a rejoint 53 jeunes alors qu'elle en visait 36, ce qui rejoint même le nombre attendu en 2010.

Pour les plus de 21 ans, la cible pour 2010 est de 17 personnes, pour un taux de pénétration de 13,6 %. Même avec une diminution du nombre de personnes desservies, ce taux est largement atteint.

- La baisse observée en 2005-2006 chez cette dernière clientèle s'explique par le départ de la région de deux personnes et par la révision du plan de service des autres, dont six ne requièrent plus de services spécifiques à leur problématique TED.
- On ne note aucune personne en attente.

PROGRAMME DE SERVICES
Jeunes en difficulté

SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE JEUNES ET LEUR FAMILLE EN DIFFICULTÉ

Entente de gestion

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne sept interventions, par année, par usager.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	1907	1907	2112
Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	5,2	5,9	5,3

COMMENTAIRES

Note sur le point de départ 2004-2005 :
Tel qu'il a été mentionné dans l'entente de gestion 2005-2006, le point de départ (résultat réel 2004-2005) était de 1907 et non de 1523 alors que l'intensité était de 5,2 comme le présentaient les résultats par le système d'information I-CLSC. Une erreur de codification avait été détectée trop tard pour effectuer des corrections en 2004-2005. Des interventions auraient dû être inscrites en jeunesse et famille alors qu'elles étaient inscrites en services psychosociaux généraux.

Le nombre de jeunes et de familles a augmenté et la cible est atteinte à cet égard. Toutefois, le taux de pénétration varie entre les différents CSSS, dont le plus bas est à 5,3 % alors que l'attendu était de 5,9 %.

En ce qui concerne l'intensité des services, on observe une légère augmentation de 5,2 à 5,3 mais la cible n'est pas atteinte. Un seul territoire assure une moyenne de 7,6 interventions par jeune par année. Les autres assurent moins de 5,5 interventions en moyenne par jeune par année.

- Puisque cet indicateur ne mesure que les interventions individuelles, il est important de mentionner que des séries de rencontres de groupe sont aussi réalisées dans certains territoires de la région. Des rencontres spécifiques sont offertes en groupe pour les parents en difficulté concernant le rôle parental; elles s'adressent aux parents d'enfants de trois à cinq ans, à ceux de six à dix ans et aux parents d'adolescents.

Les services de première ligne en jeunesse feront l'objet d'une attention particulière de l'Agence et des établissements au cours des prochaines années afin d'améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services.

SERVICES DE DEUXIÈME LIGNE – JEUNES ET LEUR FAMILLE EN DIFFICULTÉ

Entente de gestion

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la LPJ et de la LSJPA dans un délai moyen d'attente de 12 jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de 30 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	14,72	14,72	16,54
Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse	31,73	**23,68**	16,74
Nombre de semaines où le taux d'engorgement dans les unités régulières excède 8 %	27	15	0

COMMENTAIRES

La cible de réduction du délai d'attente à l'évaluation n'a pas été atteinte passant de 14,72 à 16,54.

- Une réduction constante des délais avait été observée au cours des dernières années et se poursuivait en début de 2005-2006. Une augmentation de signalements, particulièrement dans un territoire, et des difficultés importantes à remplacer des postes dépourvus de leur titulaire ont entraîné une augmentation des délais à partir de la période 10.

La cible concernant la diminution du délai à l'application des mesures a été atteinte pour 2005-2006, passant de 23,68 jours à 16,74.

- Ce délai moyen d'attente à l'application des mesures a été en diminution constante au cours des dernières années, grâce aux travaux réalisés par le Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue. Il se maintient en bas de la norme de 30 jours depuis deux ans maintenant.

La cible est atteinte concernant le nombre de semaines où le taux d'engorgement dans les unités régulières a été dépassé.

- Il faut toutefois mentionner que ce taux est global et qu'après une analyse plus approfondie, on constate qu'il n'y a eu aucune semaine de dépassement pour les garçons mais que la situation a été différente pour les filles, qui ont eu plusieurs semaines d'engorgement.
- La révision du panier de services a permis la mise en place d'une ressource intermédiaire pour les filles; une autre ressource intermédiaire est prévue pour les jeunes autochtones.

Note : Les données en LSJPA n'ont pu être mesurées cette année.

RETRAIT DU MILIEU FAMILIAL

Attente administrative

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Implanter une politique de retrait du milieu familial conforme aux normes produites par le MSSS.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'établissements ayant adopté et implanté une politique de retrait du milieu familial	S/O	7	1

COMMENTAIRES

La cible n'est pas atteinte car seul le Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue a procédé à l'adoption et à l'implantation d'une telle politique. Les CSSS sont en processus de production de cette politique et procèderont à l'adoption et à l'implantation de cette mesure au cours de l'année 2006-2007.

ÉQUIPE D'INTERVENTION JEUNESSE

Attente administrative

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Assurer l'accès aux équipes d'intervention jeunesse dans les territoires locaux de Centre de santé et de services sociaux (CSSS).

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Proportion de territoires dotés d'équipes d'intervention jeunesse	16%	33%	33%

COMMENTAIRES

La région considère cette cible atteinte en ce qui concerne le nombre de territoires devant mettre en place les équipes d'intervention jeunesse (ÉIJ); ceci correspond à 40 % de la population jeune de la région. Les ÉIJ en place pour le territoire du CSSS de la Vallée-de-l'Or et le territoire du CSSS des Aurores-Boréales ont permis de traiter 50 situations et de réaliser dix huit plans de services individualisés. De plus, il est important de mentionner que de nombreuses démarches sont réalisées entre les partenaires avant de présenter les situations en ÉIJ, ce qui favorise le travail de collaboration. Ce mécanisme de concertation est l'instrument privilégié par les partenaires pour assurer l'accessibilité des jeunes aux services requis.

Le bilan des deux ÉIJ nous permet de constater qu'en plus de l'accessibilité accrue, les ÉIJ assurent une meilleure coordination locale des ressources impliquées dans les situations qui nécessitent des échanges et de la collaboration.

PROGRAMME DE SERVICES
Dépendances

SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE – TOXICOMANIE

Entente de gestion

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Intensifier la détection, l'évaluation et la référence des jeunes présentant un problème de toxicomanie pour l'ensemble des régions du Québec.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de jeunes évalués et référés par un mécanisme d'accès concerté et coordonné en toxicomanie	0	130	125

COMMENTAIRES

La région considère que la cible a été atteinte, car 125 jeunes ont été référés alors qu'on en visait 130. Ce nombre de 125 jeunes correspond à un taux de pénétration de 20 %, soit au-delà du pourcentage provincial de 11 % attendu pour 2005-2006.

- Ces jeunes ont été référés, la majorité du temps, à la suite d'une évaluation réalisée par un professionnel des CSSS ou d'un centre de réadaptation en jeunesse.
- Des formations, pour outiller les intervenants de divers milieux oeuvrant auprès des jeunes, ont été offertes au cours de l'année 2005-2006.
- Mentionnons aussi que l'offre de service de la région en dépendances a fait l'objet d'une appropriation de différents acteurs de la région en 2005-2006.

JEU PATHOLOGIQUE

Entente de gestion

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés).

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	70	104	72

COMMENTAIRES

La cible n'a pas été atteinte et on constate que le nombre de joueurs rejoints par année est en progression très lente. Les 72 personnes rejointes correspondent à un taux de 3,9 %, du 1,5 % de joueurs pathologiques estimé, alors que le taux visé était de 5 %.

- Des activités de sensibilisation ont été réalisées dans différents milieux des deux territoires les plus populeux : université, cégep, mines et Hydro-Québec.

On émet l'hypothèse que les joueurs d'appareils de loterie et vidéo ne se reconnaissent pas comme des joueurs pathologiques autant que ceux des casinos.

En 2006-2007, un projet d'intervention sera mis en place dans un territoire qui présente une problématique particulière quant aux joueurs d'appareils de loterie et vidéo (ALV). Ce projet-pilote vise à augmenter la collaboration entre les partenaires, à supporter l'intervention de milieu (bars ciblés), à développer une expertise spécifique auprès des joueurs d'ALV autochtones, à intensifier la visibilité de la ligne téléphonique (jeu, aide et référence), à sensibiliser les tenanciers de bars à la problématique des joueurs d' ALV et à intensifier les services externes de deuxième ligne.

Ce projet devrait permettre d'augmenter le nombre de joueurs desservis en développant des stratégies adaptées à leur réalité.

SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE EN DÉPENDANCE

Attente administrative

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Développer les services de première ligne en alcoolisme, toxicomanie et jeu pathologique (accueil, évaluation, détection et intervention précoce) par la formation du personnel en première ligne et la mise en place d'intervenants pivots en dépendances dans chaque CSSS de la région.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Proportion de territoires dotés d'intervenants pivots dans les CSSS	0	100%	66%
Proportion de la population de la région ayant accès au programme Alco-choix	28% population	100%	28% population
Nombre de clients desservis dans le programme Alco-choix	S/O	S/O	10
Nombre de nouvelles personnes formées en dépendances	S/O	S/O	15

COMMENTAIRES

La mise en place d'intervenants pivot devrait être complétée en 2006-2007. Le CSSS de Rouyn-Noranda offre le programme Alco-choix qui vise à outiller les clients qui désirent développer des comportements de consommation responsables. Selon l'établissement, les suivis sont généralement individuels et échelonnés sur une période de plusieurs mois.

Des activités de groupe en promotion, en sensibilisation et en prévention du jeu pathologique ont été offertes dans les établissements responsables de la formation collégiale ainsi que dans des milieux de travail sur les territoires du CSSS de Rouyn-Noranda et du CSSS de la Vallée-de-l'Or.

Le Centre Normand est responsable de la formation des formateurs pour la région. Une première cohorte d'intervenants de première ligne en dépendances a reçu cette formation en toxicomanie en mai 2005.

PROGRAMME DE SERVICES
Santé mentale

SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE – SANTÉ MENTALE

Entente de gestion

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'usagers (moins de 18 ans) souffrant de troubles mentaux ayant bénéficié de services d'évaluation, de traitement et de suivi en première ligne santé mentale dans les CSSS (mission CLSC)	17	>17	442
Nombre d'usagers (18 ans et plus) souffrant de troubles mentaux ayant bénéficié de services d'évaluation, de traitement et de suivi en première ligne en santé mentale en CLSC (mission CLSC)	425	425	1083

COMMENTAIRES

L'Agence considère que les objectifs sont atteints. L'écart constaté ne reflète toutefois pas une hausse réelle, car l'information était incomplète l'an dernier (voir note sur le calcul des données).

Des travaux se poursuivront en région dans le cadre de la mise en œuvre du Plan d'action en santé mentale afin de mieux organiser l'accès aux services.

Note sur le calcul des données :
Historiquement, notre région n'a pas, à l'instar de plusieurs autres régions du Québec, transféré de ressources des CH vers les services de première ligne en CLSC. Ainsi, presque tous les services de première et de deuxième ligne sont actuellement offerts à partir de la mission CH des CSSS, trois d'entre eux ayant des équipes complètement intégrées en santé mentale. Un de ces établissements utilise en mission CH l'outil I-CLSC, d'où les données produites dans l'outil GESTRED mis en place par le MSSS.

Les données inscrites ont été produites, de façon manuelle, par l'Agence en collaboration avec les établissements grâce à la définition des services de première ligne en santé mentale et non en référence avec le lieu de prestation des services. La participation, ou non, d'un psychiatre ou d'un omnipraticien avec pratique exclusive en santé mentale a été utilisée pour distinguer la clientèle.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

SERVICES DE CRISE ET D'INTÉGRATION DANS LA COMMUNAUTÉ SANTÉ MENTALE

Entente de gestion

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves :

- En suivi intensif (70 personnes/100 000 habitants);
- En soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (250 personnes/100 000 habitants).

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre moyen d'usagers de 18 ans et plus ayant reçu des services de soutien d'intensité variable dans la communauté	158	158	134
Nombre moyen d'usagers de 18 ans et plus qui ont reçu des services de suivi intensif	0	0	0

COMMENTAIRES

L'estimation du nombre moyen de personnes rejointes par période était de 158 personnes en 2004-2005. Lors de la cueillette de données réalisée au cours de 2005-2006, une analyse plus fine permet d'évaluer à 134, le nombre de personnes qui reçoivent des services à chaque période. Ces informations n'ont pu être inscrites sur le système d'information dans les délais prévus. Le seuil 2005-2006 était de 75 personnes pour 100 000, ce qui correspond à 107 personnes pour l'Abitibi-Témiscamingue. Avec 134 personnes desservies, la cible est considérée atteinte.

Depuis de nombreuses années, les CH de notre région, maintenant CSSS, ont conclu des ententes de services avec des organismes communautaires afin qu'ils assurent notamment des suivis dans la communauté; les suivis effectués peuvent aussi inclure du soutien aux études et au travail ainsi que du soutien au logement autonome. Au cours de l'année 2005-2006, on estime à 484, le nombre de personnes différentes desservies par ces organismes communautaires; il est possible que certaines de ces personnes aient aussi reçu du soutien d'intensité variable par les CSSS.

SANTÉ MENTALE

Attente administrative

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Collaborer à la mise en place d'un outil (OASIS) de gestion conjoint (Ministère-Agence-CSSS) pour assurer le suivi annuel des cibles du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (PASM).

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Données disponibles et validées pour les six CSSS au 30 mai 2006	S.O.	Échéancier respecté pour obtenir les données attendues	Processus en cours en respect de l'échéancier

COMMENTAIRES

L'Agence considère cette cible atteinte; les données devraient être validées et disponibles en respect des attentes du Ministère.

De mai à novembre 2005, l'Agence a participé aux travaux d'élaboration des outils relatifs à l'opération OASIS. En janvier 2006, le MSSS a procédé au lancement officiel de l'opération d'estimation de l'offre de service en santé mentale avec l'Outil d'alimentation des systèmes d'informations sociosanitaires (OASIS). Une étape d'appropriation, par l'Agence et les CSSS, de la méthodologie et des outils utilisés a permis de procéder aux travaux d'estimation de l'offre de service en santé mentale à partir de février 2006.

La démarche d'estimation de l'offre de service en santé mentale devrait être terminée au début juin tel que convenu avec le MSSS grâce notamment à l'excellente collaboration des établissements et des organismes communautaire.

SANTÉ MENTALE

Attente administrative

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Rendre compte du niveau d'atteinte de l'ensemble des cibles qui figurent au PASM 2005-2010, en complément au bilan annuel des ententes de gestion.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Rencontre régionale d'appropriation du Plan d'action en santé mentale	S.O.	Au moins une rencontre régionale d'appropriation	Rencontres régionales d'appropriation
Analyse des écarts entre les services requis et les services actuels en regard du PASM	S.O.	Analyse des écarts	Analyse des écarts réalisée

COMMENTAIRES

À la suite de la réception du PASM 2005-2010, le 15 juin 2005, plusieurs actions ont été réalisées au cours de l'année visant l'appropriation du PASM 2005-2010 :

- des rencontres des répondants locaux en santé mentale ont été organisées sous le leadership de l'Agence
- l'Agence a participé aux rencontres des répondants régionaux en santé mentale avec le Ministère;
- l'Agence a assisté à une séance d'appropriation du PASM 2005-2010 avec les partenaires régionaux et l'équipe santé mentale du Ministère, le 13 octobre 2005;
- La région a soutenu la participation des partenaires régionaux au Symposium provincial en santé mentale du 14 novembre 2005.

L'analyse des écarts entre les services requis au PASM 2005-2010 et les services actuels a été réalisée et partagée entre les acteurs régionaux en santé mentale.

Des travaux doivent se poursuivre dans chaque territoire de CSSS afin d'ajuster ou de renforcer l'offre de service. Ainsi, l'Agence a procédé à l'octroi d'investissements non récurrents aux CSSS pour 2005-2006 et 2006-2007 afin de soutenir la planification de l'atteinte des cibles prévues au PASM 2005-2010, notamment, la finalisation de la conception des modèles d'organisation des services en santé mentale. Les CSSS doivent déposer leur planification à l'Agence au plus tard le 31 décembre 2006.

SANTÉ MENTALE

Attente administrative

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Voir à ce que sur chaque territoire de CSSS, des ententes et des mécanismes de liaison soient établis entre les services de réponse aux crises suicidaires et aux crises psychiatriques et les services de prise en charge dans la communauté.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Mécanisme de liaison en place et réponse aux crises suicidaires et psychiatriques 24/7 sur chaque territoire de CSSS	S.O.	Mécanisme et réponse 24/7 dans six CSSS	Partiellement atteint

COMMENTAIRES

De façon générale, les équipes d'intervention psychosociale et services d'accueil, évaluation, orientation (AEO) des CSSS (mission CLSC) assurent le service sur les heures d'ouverture de ces établissements (8 heures à 18 heures). Pour les services de crise de soir, de nuit, de fins de semaine et de jours fériés, les modalités de prestation des services, leur disponibilité ainsi que le type d'intervention varient d'un territoire à l'autre. Les arrimages au niveau des salles d'urgence des établissements ont été améliorés au cours de 2005-2006.

Le service de crise 24/7 pour toutes les clientèles est assuré dans certains territoires par des ententes de services avec des organismes communautaires oeuvrant en santé mentale. Les ententes de services prévoient notamment des interventions de crise face-à-face.

La consolidation de la gamme de services de crise est à prévoir en 2006-2007, notamment par de l'hébergement de crise.

La consolidation des arrimages entre les services est à poursuivre au cours de l'année 2006-2007 éventuellement avec le service Info-Social dont l'implantation est prévue en décembre 2007.

PROGRAMME DE SERVICES
Santé physique

SERVICES D'URGENCE

Entente de gestion

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence :
- Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins;
- 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Séjour moyen sur civière	10,9 heures	10,9 heures	10,1 heures
Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	14,4 heures	12 heures	12,7 heures
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	2,2 %	1 %	1,7 %
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière pour les personnes de 75 ans et plus	4,5 %	2,2 %	3,1 %

COMMENTAIRES

Seule la cible concernant la durée moyenne de séjour sur civière est atteinte. Avec un résultat de 10,1 heures, elle dépasse même la norme de 12 heures.

Pour les trois autres cibles, on constate une amélioration importante de la situation même si les cibles ne sont pas atteintes.

- En fait, un seul établissement vit des difficultés et il a mis en place plusieurs mesures qui ont donné d'excellents résultats en fin d'année, trop tard pour avoir un impact sur la moyenne de l'année.

La situation de la région est en constante amélioration, ce qui devrait se poursuivre en 2006-2007.

SOINS PALLIATIFS

Entente de gestion

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	334	334	366
Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	15,8	15,8	14,7

COMMENTAIRES

La région a dépassé la cible concernant le nombre de personnes rejointes et considère atteindre la cible en regard de l'intensité, malgré une légère baisse d'intensité car le seuil provincial attendu était de 14 interventions en moyenne par personne par année.

- Les services de soins palliatifs à domicile se sont développés de façon importante dans l'ensemble de la région au cours des dernières années et sont maintenant disponibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine, pour toute la région :
- Globalement, 47 % de la clientèle visée de la région est rejointe pour un seuil de 50 % attendu. Le taux varie de 35 % dans les petits territoires à 52 % dans les plus populeux.

La région bénéficie aussi de l'apport de trois maisons de soins palliatifs dans les territoires les plus populeux, ce qui permet de compléter la gamme de services disponibles.

SOINS PALLIATIFS

Attente administrative

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Élaborer le Plan d'action régional en matière de soins palliatifs en référence à la Politique de soins palliatifs de fin de vie.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Portrait de chaque CSSS en matière de soins palliatifs concernant les principaux éléments de la Politique de soins palliatifs de fin de vie	SO	6	6

COMMENTAIRES

Préalablement à la rédaction du plan de mise en œuvre régional de la Politique de soins palliatifs de fin de vie, un portait des services et des ressources disponibles sur chaque territoire de CSSS devait être établi. La cible est donc atteinte. Cette étape a aussi permis l'appropriation de la Politique par les CSSS.

En fonction du panier de services de base nécessaire établi par le MSSS, des objectifs précis seront identifiés afin de poursuivre les travaux d'élaboration et de mise en œuvre du Plan d'action régional de la Politique de soins palliatifs de fin de vie. À cette fin, un comité régional sera formé.

LUTTE CONTRE LE CANCER

Entente de gestion

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai établi de 8 semaines.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de patients en attente de plus de 8 semaines entre la consultation du radio-oncologue et le début du traitement	S.O.	S.O.	S.O.

COMMENTAIRES

Sans objet pour l'Abitibi-Témiscamingue.

CANCER

Attente administrative

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Assurer le suivi du Plan d'action régional en matière de lutte contre le cancer.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Intervenant pivot en oncologie (IPO) nommé et en fonction dans chaque CSSS	S.O.	6 CSSS	5 CSSS
Intervenant pivot en oncologie (IPO) ayant participé à un programme de formation	S.O.	5 CSSS	5 CSSS
Nombre de CSSS inscrits au processus de reconnaissance des équipes interdisciplinaires/établissement du programme de lutte contre le cancer du MSSS	S.O.	5 CSSS	5 CSSS

COMMENTAIRES

Tous les CSSS de la région ont activement travaillé à la mise en place de l'infirmière pivot en oncologie (IPO). La cible est partiellement atteinte même si un poste est temporairement dépourvu de son titulaire. Toutes ont suivi un programme de formation soit celui des IPO de Montréal ou celui organisé par le MSSS. Dans certains CSSS, une deuxième IPO a aussi reçu la formation.

Les professionnels sont de plus en plus présents dans les équipes d'oncologie. Dans tous les CSSS, les équipes de soins se sont organisées et structurées dans la dernière année. L'accessibilité, la continuité et la qualité des soins en oncologie demeurent une priorité locale et régionale.

Les CSSS se préparent à recevoir l'équipe d'experts du groupe - conseil de lutte contre le cancer. Le suivi des programmes locaux de lutte contre le cancer est assuré. À la lumière des recommandations émises, les priorités seront établies pour les prochaines années.

CARDIOLOGIE TERTIAIRE

Entente de gestion

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en hémodynamie.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Pourcentage de demandes réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie	S.O.	S.O.	S.O.
Priorités 1 à 4 :	S.O.	S.O.	S.O.
Priorités 5.1 et 5.2 :	S.O.	S.O.	S.O.

COMMENTAIRES Sans objet pour l'Abitibi-Témiscamingue.

CARDIOLOGIE TERTIAIRE

Entente de gestion

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en chirurgie cardiaque.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Pourcentage de demandes réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque	S.O.	S.O.	S.O.
Priorités 1 à 4 :	S.O.	S.O.	S.O.
Priorités 5.1 et 5.2 :	S.O.	S.O.	S.O.

COMMENTAIRES Sans objet pour l'Abitibi-Témiscamingue.

CARDIOLOGIE TERTIAIRE

Entente de gestion

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en électrophysiologie.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Pourcentage de demandes réalisées à l'intérieur des délais établis en électro-physiologie	S.O.	S.O.	S.O.
Priorités 1et 2 :	S.O.	S.O.	S.O.
Priorités 3, 4 et 5 :	S.O.	S.O.	S.O.

COMMENTAIRES Sans objet pour l'Abitibi-Témiscamingue.

CHIRURGIE

Entente de gestion

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou ou d'une chirurgie de la cataracte ou d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de chirurgies réalisées en orthopédie pour le remplacement total de la hanche	106	93	90
Nombre de chirurgies réalisées en orthopédie pour le remplacement total du genou	78	102	100
Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	1246	1338	1294
Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	4018	4551	5101
Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	3086	3409	3630

COMMENTAIRES

- Pour les hanches, la région visait 27 chirurgies supplémentaires à la production 2002-2003, alors que 24 ont été réalisées. L'objectif est presque atteint. Parmi ces chirurgies, certaines ont été réalisées grâce à une technique qui n'était utilisée qu'en situation de traumatologie en 2002-2003, ce qui fait qu'il est possible qu'elles ne soient pas considérées dans les productions supplémentaires par le MSSS. La liste d'attente est passée de 38, au 31 mars 2003, à 22, au 31 mars 2006.
- Pour les genoux, la région visait 27 chirurgies supplémentaires à la production 2002-2003, alors que 25 ont été réalisées. L'objectif est presque atteint. La liste d'attente est passée de 62, au 31 mars 2003, à 47, au 31 mars 2006.
- Pour les cataractes, la région visait 133 chirurgies supplémentaires, alors que 89 ont été réalisées. L'objectif est presque atteint. Il faut noter que ces chirurgies sont produites par deux centres et que l'un d'entre eux a réduit sa production, n'ayant pas d'usagers en attente, alors que l'autre a augmenté sa production. La liste d'attente est passée de 750, au 31 mars 2003, à 235, au 31 mars 2006.
- Pour les productions de chirurgies d'un jour et celles avec une hospitalisation, les cibles semblent atteintes. Notons que les données manuelles produites en cours d'année se sont avérées peu comparables à celles produites par le système Med-Echo au cours des dernières années, malgré des efforts importants pour améliorer les données produites. La liste d'attente pour les chirurgies d'un jour est passée de 1511, au 31 mars 2003, à 1321, au 31 mars 2006. Pour les chirurgies avec hospitalisation, la liste d'attente est passée de 537, au 31 mars 2003, à 469, au 31 mars 2006.

Dans un contexte de pénurie de spécialistes en région, la production de chirurgies varie d'une année à l'autre en fonction de la disponibilité des spécialistes, notamment anesthésistes, ophtalmologistes et orthopédistes. Ainsi, l'année de référence 2002-2003 choisie par le MSSS comme point de départ, a été l'une des plus productives pour la région en ce sens que les spécialistes ont été plus stables et en plus grand nombre.

De plus, comme partout au Québec, on observe de nombreux changements qui ont aussi un impact sur la production des chirurgies : le coût des fournitures médicales en croissance, les mesures de prévention des infections, les clients vieillissants qui nécessitent plus de surveillance et de soins en salle d'opération, le fait d'envisager des solutions alternatives à la chirurgie, des techniques moins invasives et davantage de tests diagnostiques. Notons qu'en Abitibi-Témiscamingue, contrairement à ce qui se fait ailleurs au Québec, beaucoup de tests diagnostiques sont réalisés aux blocs opératoires, et ce, avec le même personnel.

Le tout entraîne une augmentation des coûts, sans augmentation de la production de chirurgies, mais on observe des réductions des listes d'attente dans presque tous les domaines.

ACTIVITÉS CHIRURGICALES

Attente administrative

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Développer un Plan d'action régional pour les activités de chirurgie et l'actualiser en fonction des objectifs et orientations mentionnés dans la lettre du ministre du 5 juin 2003 en regard de l'amélioration de l'efficacité globale des services chirurgicaux et du contexte de réorganisation des services en cours.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Fonctionnement et utilisation du bloc opératoire et de l'arrimage entre les phases du continuum	S/O	Révision du fonctionnement et de l'utilisation du bloc opératoire dans les cinq CSSS	Quatre CSSS sur cinq ont amorcé la révision de leur fonctionnement
		Le cheminement clinique des patients, après une chirurgie pour prothèse totale de la hanche ou du genou, doit miser sur un retour direct à domicile avec services adaptés	Le processus est amorcé
Épuration complétée des listes d'attente pour les chirurgies ciblées	S/O	Épuration des listes d'attente pour chirurgies de hanche, de genou et de cataracte dans les trois CSSS concernés	Épuration complétée à 100 % pour les listes d'attente pour les chirurgies ciblées.
Nouvelles pratiques cliniques efficientes identifiées	S/O	Nouvelles pratiques identifiées dans les cinq CSSS concernés	Amorcé dans deux CSSS sur cinq

COMMENTAIRES

L'utilisation optimale des blocs opératoires, des ressources humaines et matérielles, a fait l'objet d'actions particulières :

- au CSSS de Rouyn-Noranda, dans le but d'améliorer la performance, un travail avec l'équipe médicale du bloc est en cours. On vise une augmentation des chirurgies de jour en diminuant d'autant les chirurgies nécessitant une hospitalisation; ce travail est aussi en cours au CSSS Les Eskers de l'Abitibi ainsi qu'au CSSS du Lac-Témiscamingue;
- au CSSS des Aurores-Boréales, les calendriers opératoires ont été révisés; on a aussi procédé à la révision de certaines techniques de stérilisation, à l'augmentation des chirurgies de jour et à la révision des techniques de soins.

Par souci d'efficience, compte tenu de la réalité de petites équipes dans chaque territoire, le personnel et les ressources matérielles des blocs opératoires servent aussi à la réalisation de nombreux tests diagnostiques.

En ce qui concerne le continuum de services à la suite d'une chirurgie de la hanche, le CSSS Les Eskers de l'Abitibi a choisi de s'inspirer du modèle de clinique multidisciplinaire du centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Arthabaska pour établir le sien. Le dossier sera réactivé à l'automne 2006.

Au CSSS Les Eskers de l'Abitibi, on utilise une nouvelle technologie pour les chirurgies de hanche et de genou ayant pour impact de diminuer le temps d'hospitalisation mais entraînant une augmentation du coût moyen par cas, dû principalement au coût important des fournitures médicales et des équipements (prothèses) utilisés.

Les établissements visés par l'épuration des listes d'attentes en chirurgie de hanche, genou et cataracte ont procédé en janvier 2006 tel qu'attendu.

- Les établissements (CSSS de la Vallée de l'Or et le CSSS Les Eskers de l'Abitibi), desservant la clientèle Cri de la Baie James, ont signalé des délais d'attente plus élevés pour ces personnes qui éprouvent de la difficulté à se rendre disponibles au moment opportun. Ceci a pour conséquence d'augmenter le nombre de cas hors délais pour ces secteurs.

Des travaux en cours d'année ont été effectués avec les CSSS afin d'expliquer les écarts de production inscrits en cours d'année et ceux qui proviennent de Med-Écho. On a reconnu des disparités dans la façon de comptabiliser les chirurgies effectuées ainsi que dans la compilation des patients en attente de chirurgie. Des travaux sur le mécanisme et la garantie d'accès seront entamés par l'Agence au cours de la prochaine année. Ces travaux permettront de préciser les conditions requises et le moment précis où administrativement commencera le décompte de l'attente. Une fois le mécanisme officialisé, tous les établissements de la région pourront s'y référer afin de normaliser l'inscription sur les listes d'attente, ce qui devrait en faciliter le suivi et la mise à jour.

L'implantation d'un outil de gestion informatisé de la liste d'attente (Médi-Visit) au cours de la prochaine année devrait permettre de mieux visualiser le nombre de patients en attente régionalement et de concevoir un plan d'action régional visant à l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience globale des services chirurgicaux.

ACTIVITÉS TRANSFUSIONNELLES

Attente administrative

OBJECTIFS DE RÉSULTATS

S'assurer d'optimiser la sécurité de la transfusion sanguine.

Assurer le maintien du Système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance (SIIATH).

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de protocoles d'utilisation des immunoglobulines adopté par le Conseil des médecins et dentistes	S/O	Adoption de protocole par le CMDP du centre désigné Adoption de protocoles par les cinq centres associés de la région.	Un protocole d'utilisation a été élaboré par le centre désigné (CSSS de la Vallée-de-l'Or) 3 CSSS sur 5 ont fait adopter ce protocole par leur CMDP
Nombre de plans de relève minimale écrits en place en cas de panne de Traceline	S/O	100 % des CSSS (le centre désigné et les 4 centres associés) doivent avoir un plan de relève	100 %
Nombre de procédures écrites en place pour le changement des cassettes servant aux copies de secours	S/O	100 % des CSSS (le centre désigné et les 4 centres associés) ont une procédure écrite	100 %
Nombre de procédures en place pour assurer le soutien au premier niveau des incidents détectés dans l'établissement	S/O	100 % des CSSS (le centre désigné et les 4 centres associés) ont une procédure écrite	80 % soit 4 établissements sur 5 possèdent une procédure écrite
Exigences du bureau d'accueil, appliquées en matière de sécurité	S/O	100 % des CSSS (le centre désigné et les 4 centres associés) appliquent ces exigences	80 % soit 4 établissements sur 5 appliquent cette exigence
Vérification bimensuelle des rapports de comparaison et corrections	S/O	100 % des CSSS (le centre désigné et les 4 centres associés) font ces vérifications d'usage	60 % soit 3 établissements sur 5 effectuent ces vérifications
SIIATH mis à jour selon un calendrier convenu	S/O	100 % des CSSS (le centre désigné et les 4 centres associés) font les mises à jour selon un calendrier convenu par MSSS	100 %

COMMENTAIRES

La plupart des cibles ont été atteintes, celles qui ne l'ont pas été le seront au cours de la prochaine année.

- Les deux établissements qui n'ont pas encore fait adopter leur protocole d'utilisation des immunoglobulines par le CMDP le feront lors du premier CMDP de l'automne 2006.
- Le CSSS Les Eskers de l'Abitibi ne peut produire actuellement les rapports de comparaison, car il est en attente du Comité d'hémovigilance alors que le CSSS des Aurores-Boréales est en pénurie d'effectifs présentement.

Depuis deux ans, le comité de médecine transfusionnelle se réunit quatre (4) fois par année et ceci a pour conséquence d'assurer un meilleur suivi des activités transfusionnelles.

MALADIES CHRONIQUES

Attente administrative

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Mise en place de services intégrés pour les personnes atteintes de maladies chroniques (particulièrement diabète, MPOC et insuffisance cardiaque) et poursuivre la dispensation des modules de formation du programme provincial destiné aux intervenants.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Mise en place d'une équipe dédiée aux maladies chroniques et d'une organisation de soins et services selon le modèle intégré proposé par l'Agence, dans chaque CSSS	S.O.	6 CSSS	3 CSSS

COMMENTAIRES

Le Plan d'action régional de lutte aux maladies chroniques a été adopté en novembre 2005. La mise en place d'une équipe dédiée et d'une organisation de soins et services dans chaque CSSS de la région en est l'objectif principal. La cible est partiellement atteinte. Le territoire du CSSS de la Vallée-de-l'Or ayant déjà une clinique multidisciplinaire de prise en charge de maladies chroniques devra tout de même présenter un projet de services intégrés, impliquant la clinique déjà existante. Le CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa ainsi que celui du CSSS du Lac-Témiscamingue déposeront leur projet dans les prochains mois. Un soutien financier de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue a été accordé aux CSSS.

Cette mesure permettra non seulement d'améliorer l'accès à des soins et services pour les patients atteints de maladies chroniques et leur famille, mais aussi permettra d'intégrer des activités de promotion de saines habitudes de vie et de prévention et ce, pour toute la population.

L'Agence poursuivra le soutien aux établissements pour la phase d'implantation et aussi pour tout ce qui concerne le processus d'évaluation.

PROGRAMME DE SOUTIEN
Ressources humaines

PERSONNEL DU RÉSEAU ET DU MINISTÈRE

Entente de gestion

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Améliorer la gestion de la présence au travail.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Ratio entre le nombre d'heures en assurance-salaire et le nombre d'heures travaillées	6,02	5,76	6,8

COMMENTAIRES

La cible n'a pas été atteinte en 2005-2006, mais plusieurs éléments permettent d'espérer une amélioration en 2006-2007.

- Dans le cadre du Plan d'action ministériel à l'égard de la gestion de la présence au travail 2001-2004, la région est passée d'un ratio d'assurance-salaire de 7,46 en 2000-2001 à 6,18 en 2004-2005 et à 6,8 en 2005-2006. On constate un progrès global par rapport au point de départ même s'il y a eu un recul en 2005-2006.
- Malgré le contexte des fusions, des projets cliniques et de la négociation locale, les dirigeants des établissements prennent en charge ce dossier.
- Plusieurs actions ont été entreprises par les établissements dont la tenue d'un colloque sur la présence au travail en novembre 2005 et la demande d'audit par plusieurs établissements.
- La majorité des établissements a entamé une démarche d'amélioration continue de la gestion de la présence au travail. Les résultats de cette démarche se feront sentir graduellement au fil des ans.

PERSONNEL DU RÉSEAU ET DU MINISTÈRE

Attentes administratives

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Améliorer la gestion de la présence au travail par la poursuite de la mise en œuvre du Plan d'action triennal en gestion de présence au travail et alimenter la base de données nationale en matière d'assurance-salaire.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Activités réalisées du Plan d'action triennal en gestion de la présence au travail		Réalisation des activités régionales prévues	Formation sur la gestion des invalidités psychiatriques en novembre 2005 Colloque régional en gestion de la présence au travail en novembre 2005.
Transmission des données		10 établissements	7 établissements sur 10

COMMENTAIRES

La majorité des établissements transmet ses données. Un établissement est en cours de réalisation, un autre projette d'acquérir PRASAT (Progiciel d'assurance salaire et d'accident de travail) dans la prochaine année et un établissement vit des problèmes de système et de fusion des bases.

Plusieurs actions ont été entreprises par les établissements. Trois CSSS ont demandé des audits auprès de la *Réseau* du ministère de la Santé et des Services sociaux – Santé et sécurité du travail (MSSS-SST) afin d'améliorer la gestion de la présence au travail.

PERSONNEL DU RÉSEAU ET DU MINISTÈRE

Préoccupation régionale

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Produire un portrait de main d'œuvre.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Portrait annuel détaillé de la main-d'œuvre selon le modèle prescrit à l'aide de l'outil *1-2-3 Go! PMO*	10 établissements sur 10	10 établissements sur 10	Aucun : échéancier reporté

COMMENTAIRES

Plusieurs établissements vivent un problème de système avec l'outil *1-2-3 Go! PMO*.

L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue a décidé de migrer vers une nouvelle version de l'outil et de redonner la formation aux utilisateurs d'ici juin 2006.

Les bases de données au 31 mars 2006 devront être transmises d'ici la fin juin 2006.

PERSONNEL DU RÉSEAU ET DU MINISTÈRE

Préoccupation régionale

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Améliorer la planification et la coordination de la formation pratique (stages).

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'établissements qui se sont engagés dans l'implantation de l'entente de collaboration entre les institutions d'enseignement et les établissements	S.O.	10 établissements	7 établissements

COMMENTAIRES

Volet social :

Les sujets ont été identifiés et un ordre de priorité a été établi. Les membres du comité ont élaboré un calendrier de planification où quatre rencontres statutaires permettront d'arrimer l'offre et la demande entourant les stages.

Volet soins infirmiers :

Le cadre de référence a été accepté par la Table des directrices des soins infirmiers, DSI/RSI. Les membres du comité seront sélectionnés afin de démarrer le processus à l'automne 2006.

PERSONNEL DU RÉSEAU ET DU MINISTÈRE

Préoccupation régionale

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Contribuer au recrutement, à la rétention et au maintien du personnel du réseau.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Activités réalisées pour répondre aux besoins de main-d'œuvre	5 salons de l'emploi	7 activités	6 activités
Stratégies régionales élaborées de concert avec les établissements		Stratégies régionales élaborées	Entente convenue avec le Centre ressources jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue en vue d'élaborer un rapport diagnostic

COMMENTAIRES

Certains établissements ont participé à six salons de l'emploi et à des journées de carrière. Les portraits des besoins de main-d'oeuvre ont été fournis par des établissements.

Une entente régionale avec le Centre ressources jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue a été conclue afin de faire un rapport diagnostic de nos stratégies concernant la promotion, la rétention et le recrutement du personnel réseau. Ce rapport devrait être disponible à la fin mai 2006. Par la suite un plan d'action régional sera émis pour améliorer la promotion, la rétention et le recrutement.

PERSONNEL DU RÉSEAU

Attente administrative

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Soutenir les directrices générales et les directeurs généraux de même que le personnel cadre des établissements à l'opérationnalisation des réseaux locaux de services.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Taux de participation			
• Loi 30 – Module 3 – 26 matières	S.O.	11/11 établissements	11/11 43 participants
• La classification des titres d'emploi	S.O.	11/11 établissements	6/11 12 participants
• Le devoir d'accommodement	S.O.	11/11 établissements	6/11 32 participants
• La mobilisation du personnel (souper-conférence pour les cadres)	S.O.	50 % du personnel d'encadrement (environ 112 personnes)	71 % de l'objectif 79 participants
• Gestion des invalidités psychiatriques	S.O.	11/11 établissements	9/11 17 participants
• Loi 30 – Négociation locale : mode alternatif à l'affrontement	S.O.	11/11 établissements 2 sessions	4/11 9 participants 1 session

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
• Présence au travail	S.O.	11/11 établissements	10/11 21 participants
• Rédaction de textes d'une convention collective	S.O.	11/11 établissements	8/11 17 participants
• Osez la santé	S.O.	6 CSSS	6/6 80 participants
• Enjeux et défis des maladies chroniques	S.O.	6 CSSS	6/6 130 participants
• Enjeux et défis des maladies chroniques – Formation spéciale à l'intention des DG et de leur responsable du dossier maladies chroniques	S.O.	6 CSSS	6/6 12 participants

COMMENTAIRES

Les activités ont rejoint les personnes ciblées et l'évaluation des participants a été positive.

Les formations concernant les maladies chroniques ont rejoint notamment, les directions générales, les médecins, les responsables des projets cliniques ainsi que des infirmières et des organisateurs communautaires. Trois participants de la région 10 ont aussi pu assister à ces formations.

La formation spéciale à l'intention des directions générales et de leur responsable du dossier des maladies chroniques a permis de rejoindre toutes les personnes visées.

PERSONNEL DU RÉSEAU

Préoccupation régionale

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Formation du personnel oeuvrant auprès des jeunes en difficulté et de leur famille (PNF).

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de jours de formation			
• Gestionnaires	S.O.	476 jours	440 jours-pers.
• Intervenants	S.O.	352 jours	229 jours-pers.

COMMENTAIRES

L'Agence considère cette cible atteinte, car l'écart entre la cible et les résultats s'explique par la planification qui était calculée pour se réaliser pendant l'année 2005 et s'est réalisée pendant l'année financière 2005-2006.

Gestionnaires :

Tous les modules ont été donnés au moins une fois. Les six CSSS, le CJAT et le CRLM ont participé. Certains gestionnaires ont suivi tous les modules, d'autres les compléteront ultérieurement.

Intervenants :

La formation des intervenants a débuté en 2005-2006. Les établissements qui ont débuté la formation des intervenants en 2005-2006 sont : CJAT, CRLM, CSSS des Aurores-Boréales, CSSS Les Eskers de l'Abitibi. Les autres CSSS débuteront la formation de leurs intervenants en 2006-2007.

PROGRAMME DE SOUTIEN
Ressources financières

ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

Entente de gestion

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Assurer la dispensation des services dans le respect de l'enveloppe budgétaire tout en poursuivant les efforts en vue d'atteindre les objectifs d'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006* [1]
Résultat d'exploitation	(473 383 $)	0	(452 412 $)

COMMENTAIRES

En 2005-2006, deux établissements présentent un déficit.

- Pour le CSSS de Rouyn-Noranda, ce résultat est essentiellement dû au coût de fonctionnement d'un nouveau CHSLD.

Les deux établissements responsables du déficit en 2004-2005 ont terminé l'année 2005-2006 en équilibre budgétaire.

[1] Selon les données périodiques à la période 13.

RESSOURCES FINANCIÈRES

Priorités 2005-2006

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux et de l'Agence.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006* [1]
Évolution de la situation financière des établissements par rapport à l'année précédente	386 937 $	0 $	0 $
Évolution de la situation financière de l'Agence	71 472 $	0 $	0 $

COMMENTAIRES

Les résultats cumulés au 31 mars 2006 des établissements démontrent un surplus régional de 1 395 849 $.

L'Agence, quant à elle, a terminé son exercice financier avec un surplus de 4 914 $.

La bonne situation financière des établissements est due à l'effort constant des gestionnaires du réseau régional.

[1] Selon le rapport financier annuel vérifié au 31 mars 2006

RESSOURCES FINANCIÈRES - ÉQUITÉ INTRARÉGIONALE

Préoccupation régionale

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Déterminer le sur ou sous financement des services de base pour les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Établir le contour financier 2004-2005 de chaque réseau local de services ainsi que le sur ou sous financement des CSSS	s/o	Contour financier régional	Réalisé
		Sur et sous financement des six CSSS	Réalisé

COMMENTAIRES

Un contour financier par programme de services locaux et régionaux a été produit et présenté aux établissements en septembre 2005.

Les résultats des travaux d'équité intrarégionale ont été présentés aux membres du conseil d'administration de l'Agence ainsi qu'aux établissements.

Les résultats ont été acceptés et approuvés par les décideurs et les CSSS.

Les résultats des travaux démontrent que trois établissements sur six sont considérés sous financés. Par contre, les résultats démontrent que le taux de sur ou sous financement des CSSS varie entre 0,2 % à 2,4 % des dépenses attendues pour les services de base.

La correction du sous financement s'amorcera à compter de l'exercice 2006-2007 pour les taux supérieurs à 1 %.

RESSOURCES FINANCIÈRES - ÉQUITÉ INTERRÉGIONALE

Préoccupation régionale

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Améliorer les paramètres et indicateurs afin de minimiser les impacts du changement de mode d'allocation.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Sous financement régional reconnu	Sur financement régional 6 304 120 $	Sous financement régional 393 259 $	Sous financement régional 4 461 187 $

COMMENTAIRES

On constate un sous financement régional important depuis l'instauration de la nouvelle méthode d'allocation des ressources.

La région participe activement aux travaux tant au niveau régional que provincial afin d'améliorer la méthode.

PROGRAMME DE SOUTIEN
Ressources matérielles

RESSOURCES MATÉRIELLES

Entente de gestion

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Mettre en place un Plan de conservation et de fonctionnalités immobilières (PCFI) 2005-2006.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Dépôt des PCFI des établissements de la région	100 % des plans	100 % des plans	100 % des plans

COMMENTAIRES

L'Agence a reçu et analysé tous les PCFI de la région. Tous les avis de conformité ont été émis aux établissements.

RESSOURCES MATÉRIELLES

Priorités 2005-2006

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Programme fonctionnel et technique (PFT) de deux établissements de la région.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Poursuivre la démarche de PFT du CSSS de la Vallée-de-l'Or	Suivi de l'évolution des travaux	Dépôt du PFT modifié en fonction des résultats de l'organisation régionale des services en santé mentale	PFT modifié déposé au MSSS [1]
Poursuivre la démarche de PFT du CSSS du Lac-Témiscamingue	Suivi de l'évolution des travaux	Analyse et recommandations au MSSS	Analyse et recommandations favorables réalisées [2]

COMMENTAIRES

[1] L'Agence a reçu l'autorisation ministérielle le 19 mai 2006.

[2] L'Agence a déposé, en avril 2006, des recommandations favorables au MSSS.

RESSOURCES MATÉRIELLES

Entente de gestion

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Mettre en place un programme d'entretien préventif des systèmes de chauffage, ventilation et conditionnement d'air (CVCA) et un programme de surveillance des contaminants.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Dépôt des programmes d'entretien des dix établissements	s/o	100 % des plans	80 % des plans

COMMENTAIRES

La majorité des établissements (80 %) ont un plan d'entretien préventif des systèmes et un programme de surveillance des contaminants. De ce pourcentage, deux établissements doivent améliorer leur plan. Deux établissements travaillent actuellement à élaborer un plan.

GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS

Entente de gestion

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Assurer une gestion des bâtiments et des équipements visant la réduction du taux de dépenses en administration et en soutien aux services et la réduction de la consommation d'énergie.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Taux des dépenses en administration et en soutien aux services	N.D.	25,7	N.D.
Consommation en gigajoules par mètre carré	1,43	1,43	1,42

COMMENTAIRES

Les informations ne sont pas disponibles pour rendre compte du taux de dépenses en administration et soutien aux services.

La cible est atteinte concernant l'économie d'énergie. Dans ce domaine, la région présente déjà une situation enviable.

- Un seul établissement a des travaux à effectuer afin de réduire sa consommation à partir d'un projet d'économie d'énergie. Ces travaux seront réalisés en 2006-2007 et produiront des résultats vers la fin de l'année si les échéanciers sont respectés.

PROGRAMME DE SOUTIEN
Ressources informationnelless

RESSOURCES INFORMATIONNELLES

Attente administrative

OBJECTIF DE RÉSULTATS

Préparer un Plan directeur régional en ressources informationnelles (PDRRI) et mettre en œuvre divers projets de développement ayant été priorisés par l'Agence et les établissements de la région.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Dépôt du Plan directeur régional en ressources informationnelles au 30 juin 05	Processus en cours	30 juin 2005	Réalisé
Réaliser les projets RLS acceptés en 2004-2005	S.O.	Projets réalisés	En attente du MSSS
Proportion des GMF informatisés et disposant de toutes les fonctionnalités prévues	100 %	100 % soit 2/2	100 % soit 2/2
Proportion des laboratoires informatisés au 31 mars 2006	S.O.	100 % soit 6/6	100 % soit 6/6
Proportion d'établissements qui ont implanté la version 9.2 du SIIATH	S.O.	100 % soit 6/6	100 % soit 6/6
Proportion d'établissements qui ont implanté les nouvelles classifications médicales dans Med-Écho	S.O.	100 % soit 6/6	100 % soit 6/6
Débuter la mise en place d'un service d'Index patient maître par CSSS. Fournir au 31 mars 2006 la liste des CSSS dont le manuel d'organisation de projet est réalisé et accepté et indiquer l'état d'avancement	S.O.	Processus en cours	Respect des échéanciers du MSSS
Implanter le système d'information de gestion dans les urgences (SIGDU). Fournir au 31 mars 2006 la proportion des urgences ayant implanté un système d'information accrédit.	Processus en cours	100 % soit 6/6	17 % soit 1/6
État d'avancement des travaux quant à la mise en application du Cadre global de gestion des actifs informationnels – volet sécurité		Processus en cours	Respect des échéanciers du MSSS
Réaliser le mandat d'architecture d'entreprise régionale en ressources informationnelles (AERRI)		Réalisé au 31 mars 2006	Réalisé
Proportion des établissements incluant l'Agence qui sont conformes aux exigences linguistiques (Politique d'utilisation du français dans les technologies de l'information / PUFTI)		100 % soit 11/11	91 % soit 10/11

COMMENTAIRES

Tous les établissements ont participé à l'élaboration du PDRRI, menant au dépôt de celui-ci en avril 2005. Une mise à jour est maintenant prévue pour l'année 2006-2007.

L'informatisation de tous les GMF situés sur le territoire a été réalisée en date du 31 mars 2006.

Des systèmes d'information de laboratoires (SIL) ont été implantés dans les six établissements concernés.

Tous les CSSS ont déployé la version 9.2 du SIIATH au cours de l'année 2005-2006.

La nouvelle version du système Med-Écho a été implantée dans tous les établissements, permettant de rendre opérationnelles les nouvelles classifications médicales CIM-10-CA et CCI.

La région s'inscrit dans la démarche provinciale concernant l'index patient maître (IPM CSSS) et s'aligne sur les échéanciers prévus par le ministère.

Concernant le système d'information de gestion dans les urgences (SIGDU), le CSSS Vallée-de-l'Or dispose déjà d'un tel système. L'appel d'offres sera lancé et complété d'ici le 30 juin 2006, ce qui devrait permettre le déploiement dans les cinq autres établissements au cours de la prochaine année financière.

Tous les établissements, incluant l'Agence, ont participé aux activités liées au Cadre global de gestion des actifs informationnels – volet sécurité, tenues au cours de l'année. Des comités de sécurité tactique et stratégique ont été tenus régulièrement afin de faire le point sur l'avancement des travaux. Les établissements ont été formés au niveau des premières étapes de la mise en œuvre du CGGAI, notamment au niveau de la politique de sécurité et de la catégorisation des actifs informationnels. La majorité des établissements (8 sur 11) a fait adopter sa politique sur la sécurité des actifs informationnels par son conseil d'administration au 31 mars 2006.

Tous les établissements ont été impliqués dans le processus de consultation menant à l'élaboration de l'architecture d'entreprise régionale en ressources informationnelles (AERRI). Une présentation du rapport final a été effectuée par la firme R3D lors du comité directeur des projets RI en présence de représentants de chaque établissement.

Au niveau de la politique d'utilisation du français, un seul établissement (CSSS du Lac-Témiscamingue) a déclaré que la politique n'était pas appliquée intégralement au 31 mars 2006, mais comptait y remédier en 2006-2007. Tous les autres établissements se disent conformes à la PUFTI.

3

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SUBVENTIONNÉS PAR L'AGENCE

3 ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SUBVENTIONNÉS PAR L'AGENCE

LE RESPECT DES RÈGLES ET DES NORMES ÉDICTÉES PAR LE MINISTÈRE

L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (Agence) a subventionné 122 organismes communautaires dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC). Un total de 7 989 423 $ pour le financement de base des organismes communautaires ayant une mission en santé et services sociaux a été accordé en 2005-2006.

L'Agence a consolidé le financement de dix organismes communautaires en accordant une somme récurrente de 40 000 $ au PSOC, somme provenant de l'enveloppe d'indexation 2005-2006. De plus, l'Agence a pu aider ponctuellement, sur une base non-récurrente, certains organismes communautaires en difficulté financière pour un total de 31 000 $ à partir des crédits régionaux 2005-2006. Les organismes communautaires ayant bénéficié de ces sommes ont ainsi maintenu l'accessibilité aux activités offertes à la population.

Le total des subventions versées aux organismes communautaires au 31 mars 2006 a connu une hausse de 293 267 $ comparativement au 31 mars 2005. Cette hausse fait suite à l'indexation de l'enveloppe dédiée au financement des organismes communautaires et à l'ajout de crédits budgétaires par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). De plus, l'Agence a investi un total de 1 525 456 $ pour la réalisation d'ententes de services pour des clientèles et des activités spécifiques particulièrement dans les programmes jeunesse, santé mentale, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement.

En plus d'assurer le suivi de gestion des organismes communautaires, les activités de l'Agence auprès des organismes communautaires en 2005-2006 se résument comme suit :

- l'évaluation de la réponse des organismes communautaires en regard des services offerts à la population et le soutien budgétaire accordé;
- la création des liens significatifs avec les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les ministères de l'Emploi et de la Solidarité sociale, des Aînés, de la Condition féminine, de la Famille et l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) pour traiter des préoccupations qui touchent les activités des organismes communautaires qui desservent des personnes recevant des services de plusieurs ministères ou organismes gouvernementaux;
- la poursuite des mécanismes de concertation mis en place avec les organismes communautaires dans le cadre du Comité de partenariat.

En conformité avec les critères et les règles établies par le Ministère dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), l'Agence a assuré la vérification des informations devant être fournies à titre de reddition de compte par les organismes communautaires reconnus en santé et services sociaux:

- la conformité des activités offertes par les organismes avec l'énoncé de leur mission présentée à leur charte;
- l'apport significatif de chaque organisme communautaire auprès de la communauté dans la réalisation des activités;
- l'engagement et l'enracinement de chaque organisme dans son milieu;
- la capacité de concertation de chaque organisme avec les partenaires du milieu;

- la recherche de solutions concrètes aux besoins de la communauté exprimés par le milieu;
- la participation des utilisateurs aux décisions des organismes et leur contribution à la vie associative ;
- la démonstration d'une bonne gestion des subventions accordées à l'organisme;
- les règles de fonctionnement soucieuses du respect de la vie démocratique;
- la diversification des sources de financement.

Les organismes communautaires ayant reçu une subvention en 2005-2006 auront déposé au 30 juin 2006 à l'Agence les rapports d'activités et financiers ainsi que les documents relatifs à la tenue de leur assemblée générale annuelle et une séance publique d'information.

LE COMITÉ DE PARTENARIAT

Les travaux du Comité de partenariat ont surtout porté cette année sur le renforcement des Regroupements locaux d'organismes communautaires (ROC). En effet, une entente entre l'Agence, le comité de partenariat et les établissements a permis d'octroyer à chacun des ROC la somme de 10 000 $ dont une moitié provenait de l'Agence et la seconde moitié de chacun des CSSS. Il a aussi été entendu que cette somme soit doublée à compter de 2006-2007.

Le Comité de partenariat a également traité des préoccupations quant à la situation des organismes communautaires au sein des réseaux locaux de services. Un représentant des directeurs généraux des établissements participe aux travaux du comité et permet de faire le lien à cet effet avec les directions générales des autres établissements.

Le Comité de partenariat a procédé à l'analyse de deux demandes de reconnaissance en provenance d'organismes communautaires souhaitant être reconnus comme ayant une mission en santé et services sociaux. De plus, le comité s'est penché sur des sujets touchant le financement des organismes communautaires, la qualité des services, le financement des ententes de services ainsi que la planification des services de santé et des services sociaux.

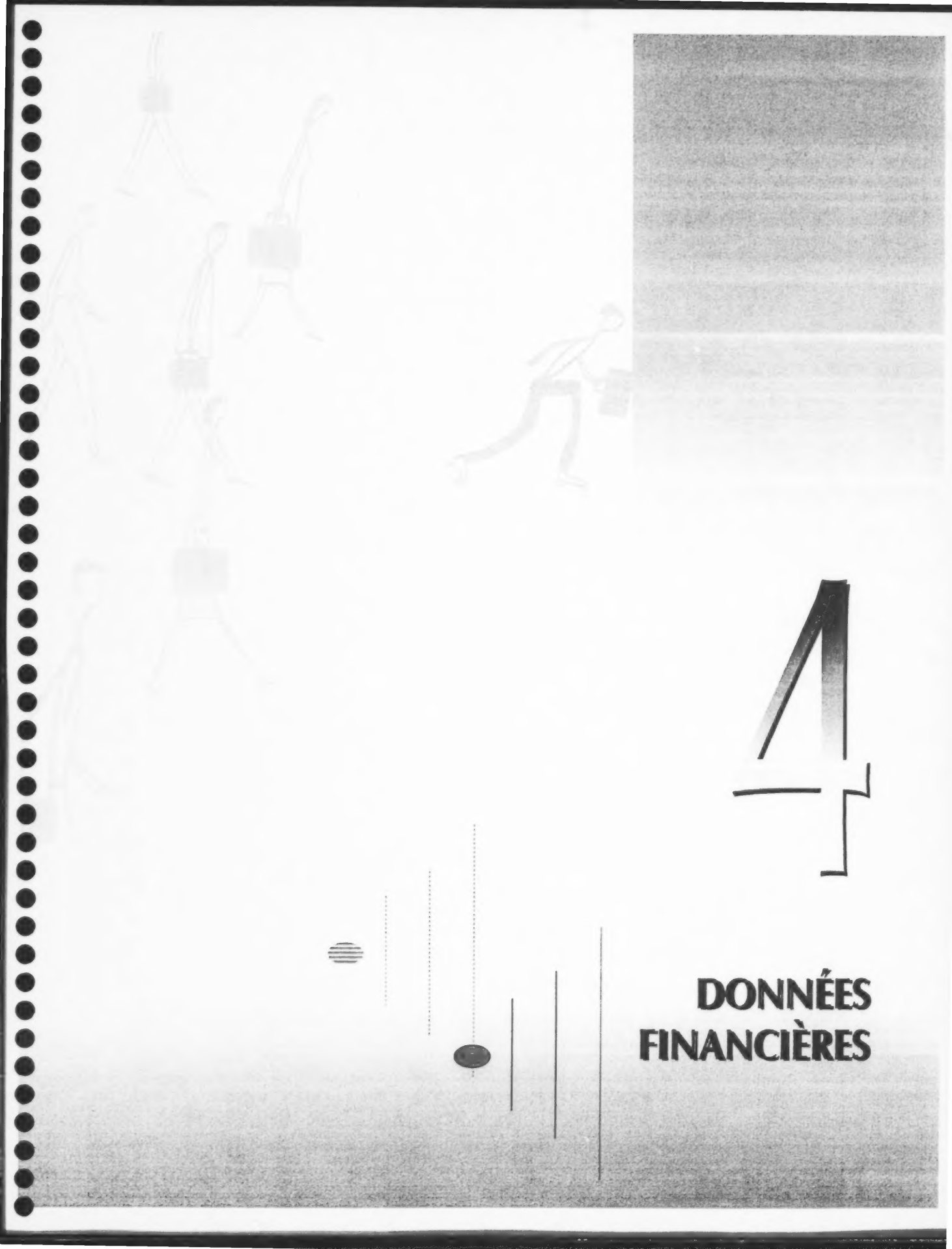
Un cadre de collaboration précisant les relations et les liens entre l'Agence, les établissements et les organismes communautaires a été élaboré et adopté au cours de l'année 2005-2006. Des travaux de révision ont été amorcés à la fin de l'année et donneront lieu à une mise à jour de ce cadre de collaboration.

Le Comité de partenariat s'est réuni à quatre reprises au cours de la dernière année.

Finalement, l'Agence a diffusé un bottin présentant les coordonnées et des informations sur tous les organismes communautaires ayant un lien de collaboration avec l'Agence.

L'ÉCONOMIE SOCIALE

L'Agence a maintenu ses liens avec les entreprises d'aide domestique et les représentants du MSSS afin que soient améliorées les conditions de pratiques des entreprises d'aide domestique. La situation d'une entreprise en difficulté financière a fait l'objet d'interventions auprès du MSSS dans le cadre du Programme d'exonération financière en aide domestique (PEFSAD). Par ailleurs, l'Agence a suivi de près les travaux du MSSS sur la mise en place de nouvelles mesures devant améliorer le PEFSAD et dont l'application est prévue pour le début de l'année 2006-2007.



4

DONNÉES FINANCIÈRES

4 DONNÉES FINANCIÈRES

Situation financière de *l'Agence*

RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue ont été dressés par la direction, qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les principes comptables généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes, conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et le vérificateur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Le Vérificateur général du Québec a procédé à la vérification des états financiers de l'Agence, conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada, et son rapport du vérificateur expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion. Le Vérificateur général du Québec peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.

Le président-directeur général

Normand Leblanc

La directrice des ressources financières et matérielles

Lise St-Amour, CA

RAPPORT DU VÉRIFICATEUR SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS

VÉRIFICATEUR
GÉNÉRAL DU QUÉBEC

RAPPORT DU VÉRIFICATEUR SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS

Aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.

Les états financiers condensés et les renseignements complémentaires condensés ci-joints ont été établis à partir du rapport financier annuel de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue au 31 mars 2006 et pour l'exercice terminé à cette date à l'égard duquel j'ai exprimé une opinion sans réserve dans mon rapport daté du 18 mai 2006. Le rapport financier annuel est dressé selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2, et est présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La présentation d'un résumé fidèle du rapport financier annuel relève de la responsabilité de la direction de l'Agence. Ma responsabilité consiste à faire rapport sur les états financiers condensés.

À mon avis, les états financiers condensés ci-joints présentent, à tous les égards importants, un résumé fidèle du rapport financier annuel correspondant selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2.

Les états financiers condensés ci-joints ne contiennent pas toutes les informations requises. Le lecteur doit garder à l'esprit que ces états financiers risquent de ne pas convenir à ses fins. Pour obtenir de plus amples informations sur la situation financière, les résultats d'exploitation et les flux de trésorerie de l'Agence, le lecteur devra se reporter au rapport financier annuel correspondant.

Ces états financiers condensés, qui n'ont pas été établis, et qui n'avaient pas à être établis, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, sont fournis uniquement à titre d'information et pour être utilisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les administrateurs de l'Agence conformément à l'article 395 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Ces états financiers condensés ne sont pas destinés à être utilisés, et ne doivent pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles ils ont été établis.

Le vérificateur général du Québec,

Renaud Lachance, CA
Québec, le 14 juillet 2006

TABLEAU 17
FONDS D'EXPLOITATION - ÉTAT DES RÉSULTATS - EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2006

	Activités principales		Activités accessoires	
	2005-2006 $	2004-2005 $	2005-2006 $	2004-2005 $
PROVENANCE DES REVENUS				
Subvention du MSSS	6 106 440	5 729 849		58 575
Revenus d'intérêts	14 911	12 234		
Contribution de fonds affectés	37 500			
Revenus d'autres sources	368 155	401 925		
Total des revenus	6 527 006	6 144 008	0	58 575
NATURE DES DÉPENSES				
Salaires et avantages sociaux	4 192 797	4 174 955		36 392
Charges sociales	449 219	449 949		3 608
Frais de déplacement et d'inscription	420 726	327 074		
Services achetés	345 147	447 108		18 575
Communications	181 274	160 425		
Loyer	201 178	202 057		
Location d'équipements	33 739	31 703		
Fournitures de bureau	73 668	75 593		
Autres frais	243 323	143 551		
Charges non réparties	329 102	8 850		
Total des charges d'exploitation	6 470 173	6 021 265	0	58 575
Dépenses d'immobilisations	51 919	51 271		
Total des dépenses	6 522 092	6 072 536	0	58 575
Excédent de l'exercice	4 914	71 472	0	0

Note : Données extraites de la page 200 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2005-2006.

TABLEAU 18
FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES - ÉTAT DES RÉSULTATS - EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2006

	2005-2006 $	2004-2005 $
PROVENANCE DES REVENUS		
Crédits régionaux destinés aux établissements	367 346	372 335
Contributions des établissements	523 582	424 700
Revenus d'intérêts	25 636	9 822
Contributions de fonds affectés	129 142	117 007
Revenus d'autres sources	207 480	48 678
Total des revenus	1 253 186	972 542
NATURE DES DÉPENSES		
Salaires et avantages sociaux	385 936	279 587
Charges sociales	46 084	32 635
Frais de déplacement et d'inscription	49 922	35 725
Services achetés	351 334	453 858
Communications	45 328	4 205
Loyer	8 884	7 235
Location d'équipement	317	686
Fournitures de bureau	5 656	4 314
Autres frais	51 545	2 693
Total des charges d'exploitation	945 006	820 938
Dépenses d'immobilisations	191 823	83 125
Total des dépenses	1 136 829	904 063
Excédent (déficit) de l'exercice	116 357	68 479

Note : Données extraites de la page 201 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2005-2006.

TABLEAU 19
FONDS COMBINÉS
ÉTAT DES SOLDES DE FONDS
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2006

	Fonds d'exploitation		Fonds d'immobilisations	Fonds des activités régionalisées
	Activités principales $	Avoir propre $	$	$
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	83 330	182 659	2 520 547	303 735
ADDITIONS				
Excédent des produits sur les charges d'exploitation et les dépenses d'immobilisations	4 914			116 357
Régularisations – analyse financière	1 659			
Régularisations - autres	1 027		197 851	
Libération du surplus		84 989		
Acquisitions d'immobilisations à même les produits des fonds				
-Fonds d'exploitation – Activités principales			51 919	
-Fonds affectés			130 232	
-Fonds des activités régionalisées			191 823	
TOTAL	7 600	84 989	571 825	116 357
DÉDUCTIONS				
Régularisations – autres			9 028	
Libération du surplus	84 989			
Autres			749 924	
TOTAL	84 989	0	758 952	0
VARIATION DE L'EXERCICE	(77 389)	84 989	(187 127)	116 357
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN DE L'EXERCICE	5 941	267 648	2 333 420	420 092

Note : Données extraites de la page 250 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2005-2006.

TABLEAU 20
FONDS D'EXPLOITATION
BILAN
AU 31 MARS 2006

	2005-2006 $	2004-2005 $
ACTIF		
À court terme		
Encaisse	386 381	179 061
Débiteurs :		
MSSS	364 276	404 410
Établissements	9 192	24 281
Fonds affectés		37 500
Autres	167 121	151 943
Intérêts courus	1 415	369
Taxes à recevoir	24 330	19 935
Charges payées d'avance	32 507	32 848
TOTAL DE L'ACTIF	985 222	850 347
PASSIF		
À court terme		
Créditeurs et charges à payer :		
Établissements	7 010	1 318
Autres	399 620	359 880
Revenus reportés	305 003	223 160
TOTAL DU PASSIF	711 633	584 358
SOLDE DE FONDS	273 589	265 989
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	985 222	850 347

Note : Données extraites de la page 260 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2005-2006.

TABLEAU 21
FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES
BILAN
AU 31 MARS 2006

	2005-2006 $	2004-2005 $
ACTIF		
À court terme		
Encaisse	836 512	530 260
Débiteurs :		
MSSS	33 139	236 629
Établissements	990	
Fonds affectés	59 081	829
Autres	50 000	2 120
Intérêts courus	3 397	1 047
Taxes à recevoir	21 347	7 613
Charges payées d'avance	1 575	683
TOTAL DE L'ACTIF À COURT TERME	1 006 041	779 181
Immobilisations		
TOTAL DE L'ACTIF	1 006 041	779 181
PASSIF		
À court terme		
Découvert de banque		32 776
Créditeurs et charges à payer :		
Établissements	61 034	20 000
Autres	73 455	82 212
Revenus reportés	451 460	340 458
TOTAL DU PASSIF À COURT TERME	585 949	475 446
TOTAL DU PASSIF	585 949	475 446
SOLDE DE FONDS	420 092	303 735
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	1 006 041	779 181

Note : Données extraites de la page 260 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2005-2006.

TABLEAU 22
FONDS DES IMMOBILISATIONS
BILAN
AU 31 MARS 2006

	2005-2006 $	2004-2005 $
ACTIF		
Comptes à recevoir du MSSS	2 553	
Immobilisations	3 047 162	2 911 116
TOTAL DE L'ACTIF	3 049 715	2 911 116
PASSIF		
À court terme		
Autres éléments	12 410	829
À long terme	703 885	389 740
TOTAL DU PASSIF	716 295	390 569
SOLDE DE FONDS	2 333 420	2 520 547
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	3 049 715	2 911 116

Note : Données extraites de la page 261 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2005-2006.

TABLEAU 23
SOMMAIRE DES FONDS AFFECTÉS CUMULÉS BILAN ET SOLDE DE FONDS AU 31 MARS 2006

	2005-2006 $	2004-2005 $
ACTIF		
À court terme		
Encaisse	2 011 586	1 958 762
Débiteurs :		
MSSS	11 611 206	9 596 745
MSSS – subvention pour intérêts sur emprunts	66 764	41 754
Établissements	6 396 900	4 764 416
Taxes à recevoir	33 673	24 118
Autres	357 331	60 703
Intérêts courus	7 839	4 911
Autres éléments	8 545	36 927
Total - Actif à court terme	20 493 844	16 488 336
À long terme – Enveloppes décentralisées	36 203 923	38 876 803
TOTAL DE L'ACTIF	56 697 767	55 365 139
PASSIF		
À court terme		
Découvert de banque	194 076	58 307
Emprunt de banque	6 363 134	4 556 820
Intérêts sur emprunt à payer	17 831	8 504
Créditeurs et charges à payer :		
Établissements	10 604 728	8 634 307
Fonds d'exploitation		37 500
Fonds des actifs régionalisés	59 081	829
Autres	350 782	355 059
Subventions reportées	597 403	278
Autres éléments	4 300	
Total - Passif à court terme	18 191 335	13 929
Dette à long terme – Enveloppes décentralisées	36 203 923	38 876 803
TOTAL DU PASSIF	54 395 258	52 805 0
SOLDE DE FONDS		
Solde de fonds au début	2 559 259	2 531 706
Récupération du MSSS	11 759	
Solde du début après récupération du MSSS	2 547 500	2 531 706
Augmentation		
MSSS	21 812 329	19 570 739
Subvention pour intérêts sur emprunts	98 290	86 349
Revenus d'intérêts	64 239	75 268
Autres	5 110 252	7 009 645
Total	27 085 110	26 742 001
Diminution		
Attributions :		
Établissements	12 698 044	11 645 642
Organismes	26 802	75 834
Intérêts sur emprunts	98 290	86 349
Contributions au fonds d'exploitation		37 500
Contributions du fonds des activités régionalisées	129 631	13 914
Charges d'exploitation :		
Salaires	83 114	102 221
Avantages sociaux	10 111	19 148
Charges sociales	9 635	13 153
Frais de déplacement et d'inscription	90 384	103 613
Services achetés	427 587	282 640
Location d'équipement	520	1 312
Fournitures de bureau	10 293	7 269
Autres charges d'exploitation	89 936	639 275
Dépenses d'immobilisations	130 232	556 768
Autres	13 525 522	13 129 810
Total	27 330 101	26 714 448
Solde de fonds à la fin	2 302 509	2 559 259
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	56 697 767	55 365 139

Note : Données extraites des pages 262 et 263 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2005-2006.

TABLEAU 24
FONDS AFFECTÉS
SOMMAIRE DES BILANS ET ÉTATS DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS
AU 31 MARS 2006

	Fonds des Immobilisations		Fonds des équipements	
	2005-2006 $	2004-2005 $	2005-2006 $	2004-2005 $
ACTIF				
Débiteurs :				
MSSS	7 836 450	4 946 555	3 570 719	4 575 928
Établissements	2 853 289	911 771	3 509 845	3 647 244
Taxes à recevoir				134
Enveloppes décentralisées			36 203 923	38 876 803
TOTAL DE L'ACTIF	10 689 739	5 858 326	43 284 487	47 100 109
PASSIF				
Découvert de banque	19 170	8 634	29 760	26 943
Emprunts de banque	2 853 289	911 771	3 509 845	3 645 049
Intérêts sur emprunts à payer	8 362	2 028	9 469	6 476
Créditeurs et charges à payer :				
Établissements	7 013 305	4 396 394	3 096 494	3 732 930
Fonds d'exploitation		37 500		
Fonds des activités région.			36 241	829
Dette à long terme – env.déc.			36 203 923	38 876 803
TOTAL DU PASSIF	9 894 126	5 356 327	42 885 732	46 289 030
SOLDE DE FONDS AU DÉBUT	501 999	42 188	811 079	220 736
PROVENANCE :				
Subventions du MSSS	6 382 630	5 023 475	5 237 165	6 816 388
Autres revenus	74 781	5 703	2 565 335	2 767 861
TOTAL DES REVENUS	6 457 411	5 029 178	7 802 500	9 584 249
ATTRIBUTIONS :				
Établissements	6 131 147	4 500 861	5 599 300	5 802 667
Intérêts sur emprunts	32 650	31 006	65 640	55 343
Contributions fonds d'exploitation		37 500		
Contributions fonds act. régionalisées			106 791	13 914
Contributions autres fonds affectés				355 000
Autres charges d'exploitation			2 443 093	2 766 982
TOTAL DES DÉPENSES	6 163 797	4 569 367	8 214 824	8 993 906
SOLDE DE FONDS À LA FIN	795 613	501 999	398 755	811 079
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	10 689 739	5 858 326	43 284 487	47 100 109

Note : Données extraites des pages 510, 518, 521 et 530 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2005-2006.

TABLEAU 24
FONDS AFFECTÉS
SOMMAIRE DES BILANS ET ÉTATS DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS AU 31 MARS 2006
(suite)

	Services préhospitaliers d'urgence et transport d'usagers entre établissements	
	2005-2006 $	2004-2005 $
ACTIF		
Encaisse	622 918	615 774
Débiteurs :		
MSSS		8 988
Établissements		200 000
Taxes à recevoir	12 487	11 128
Intérêts courus	2 141	1 358
Autres	53 943	59 059
Autres éléments		2 420
TOTAL DE L'ACTIF	691 489	898 727
PASSIF		
Créditeurs et charges à payer :		
Établissements	341 795	417 701
Autres	281 632	297 649
Autres éléments	4 300	
TOTAL DU PASSIF	627 727	715 350
SOLDE DE FONDS AU DÉBUT	183 377	228 249
PROVENANCE		
Subventions du MSSS	7 982 973	5 679 226
SAAQ		1 904 856
Revenus autonomes	1 849 162	1 834 781
Revenus d'intérêts	15 748	19 384
Autres revenus	6 294	597 993
TOTAL DES REVENUS	9 854 177	10 036 240
ATTRIBUTIONS		
Contrats minimaux de services d'ambulance	8 490 898	8 199 849
Particularités régionales	98 194	72 410
Éléments rectifiables	112 124	90 030
Centre de communication santé	219 860	219 320
Formation et assurance qualité	328 624	281 042
Allocation de retraite	31 500	14 000
Participation au régime de retraite	30 000	30 000
Attribution à des établis. : hausse coûts transport	371 800	297 476
Ajustements des années antérieures	4 049	21 833
Charges d'exploitation		
Salaires	83 114	79 842
Avantages sociaux	10 111	12 496
Charges sociales	9 635	9 575
Frais de déplacement et d'inscription	1 035	
Services achetés		2 645
Fournitures de bureau	7 971	1 429
Autres charges d'exploitation	58	901
Dépenses d'immobilisations	128 965	554 548
Autres	45 854	193 716
TOTAL DES DÉPENSES	9 973 792	10 081 112
SOLDE DE FONDS À LA FIN	63 762	183 377
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	691 489	898 727

Note : Données extraites des pages 511 et 531 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2005-2006.

TABLEAU 25
ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS – EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2006

		2005-2006 $	2004-2005 $
ENVELOPPE RÉGIONALE			
Montant de l'enveloppe excluant celui engagé en fonds affectés	1	272 282 985	260 435 235
Montant engagé par le Ministère en fonds affectés à l'Agence et confirmé à l'enveloppe régionale	2	9 024 467	6 255 188
Montant de l'enveloppe régionale inscrit dans le système SBF-R (L.01 + L.02)	3	281 307 362	266 690 423
Autres (préciser)	4		
TOTAL (L.03 + L.04)	5	281 307 362	266 690 423
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE			
Allocations aux établissements	6	256 894 994	247 809 110
Allocations aux organismes communautaires	7	9 914 681	9 478 629
Estimé des comptes à payer pourvus (des comptes à recevoir) en fin d'exercice	8	3 976 581	1 722 875
Montant des affectations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R (L.06 à L.08)	9	270 786 256	259 010 614
Fonds affectés indiqués à la ligne 2 – Montant attribué	10	8 814 546	5 951 774
Fonds affectés indiqués à la ligne 2 – Montant reporté	11	209 921	42 506
Autres (préciser)	12	1 496 639	1 424 621
TOTAL DES AFFECTATIONS (L.09 À L.12)	13	281 307 362	266 429 515
Fonds affectés à la ligne 2 – Solde non attribué	14		260 908
TOTAL (L.13 + L.14)	15	281 307 362	266 690 423
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS (L.05 – L.15)	16		

Note : Données extraites de la page 265 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2005-2006.

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS – EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2006

1. Constitution, objets et changement de nom

L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* (2005, chapitre 32). Elle succède à l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des l'Abitibi-Témiscamingue. Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

2. Conventions comptables

Le rapport financier annuel de l'agence a été préparé par la direction selon les principales conventions comptables décrites ci-dessous pour se conformer aux exigences de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et les conventions émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux. La préparation du rapport financier annuel de l'Agence exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que de la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction. Les conventions comptables utilisées aux fins de l'établissement du rapport financier annuel s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada dans les cas suivants :

i) Les immobilisations inscrites dans le fonds d'immobilisations ne sont pas amorties; les paiements de l'exercice pour les immobilisations pour les fonds acquéreurs sont inscrits aux dépenses d'immobilisations. En cas d'aliénation d'immobilisations, le montant du produit net résultant de l'aliénation est comptabilisé directement au solde du fonds acquéreur;

ii) Aucun passif n'est inscrit en date du bilan à titre de vacances, de congés de maladie et d'heures supplémentaires cumulés par les employés;

iii) Les revenus provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux sont comptabilisés sur la base des approbations à l'exception des intérêts. La date limite pour considérer un montant approuvé par le ministère comme revenu eu égard aux dépenses effectuées, avant le 1er avril et imputée à une année financière écoulée, est la date de confirmation du budget final effectuée après la fin de l'exercice;

iv) De façon générale, un compte à payer n'est inscrit que lorsque les travaux ont été exécutés, les marchandises reçues ou les services rendus. Cependant, un compte à payer est inscrit lors de l'autorisation (engagement budgétaire) pour l'acquisition et le développement d'immobilisations dans les fonds affectés des immobilisations et des équipements;

v) Pour le fonds d'exploitation, les revenus spécifiques pour les activités récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent ne sont pas toujours reportés;

vi) Pour les fonds affectés, les subventions accordées avant le 1er janvier de l'exercice pour des activités qui se réaliseront au cours des exercices subséquents ne sont pas toujours reportées;

vii) Aucun bilan, état des résultats et/ou solde de fonds n'est présenté de façon cumulée pour tous les fonds;

viii) Les fonds autres que le fonds d'exploitation et les fonds d'activités régionalisées ne présentent pas d'état des résultats. Toutes les opérations sont inscrites directement au solde de fonds;

ix) Les contrats de location-acquisition intervenus avant le 31 mars 2003 sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, s'il y avait lieu;

x) L'information sur la juste valeur de chaque catégorie d'actifs financiers et de passifs financiers, constatés et non constatés n'est pas présentée;

xi) Les ajustements des revenus et des dépenses de chacun des fonds, s'appliquant aux exercices antérieurs, sont comptabilisés dans le solde du fonds correspondant. Cependant, les chiffres de l'exercice antérieur fournis pour fins de comparaison ne sont jamais redressés même si l'impact de ces redressements peut être déterminé;

xii) La dépense d'intérêts sur la dette à long terme et la subvention correspondante sont comptabilisées selon la méthode de la comptabilité de caisse.

Comptabilité par fonds

L'Agence utilise les principes de la comptabilité par fonds. Voici la description sommaire des principaux fonds :

i) Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires) et les dépenses d'immobilisations qu'elles requièrent.

ii) Le fonds d'immobilisations cumule les actifs immobilisés acquis par le fonds d'exploitation, le fonds des activités régionalisées et les fonds affectés et montre le solde de la dette correspondante.

iii) Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations relatives à la fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiée par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs.

iv) Les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.

Attribution des subventions

Les attributions aux établissements et organismes sont inscrites lorsqu'elles sont autorisées et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, s'il en est.

État des flux de trésorerie

L'état des flux de trésorerie n'est pas présenté car il n'apporterait pas de renseignements supplémentaires utiles pour la compréhension des mouvements de trésorerie durant l'exercice. Les informations sur les flux de trésorerie du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées et des fonds affectés se retrouvent à la note 3.

Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires et de la partie de l'excédent des revenus sur les dépenses des activités principales des exercices précédents libérée par le Ministère. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des dépenses sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

Immobilisations

Les immobilisations sont inscrites au coût dans le fonds d'immobilisations. Le coût de l'immobilisation est comptabilisé dans le fonds acquéreur jusqu'à concurrence des paiements de l'exercice.

Revenus reportés

L'agence comptabilise en fin d'exercice des revenus reportés à des activités spécifiques bien identifiées pour lesquelles les revenus sont approuvés à ces fins, mais pour lesquelles les dépenses et services correspondants demeurent à réaliser et dont le financement ne sera pas autrement pourvu.

Pour le fonds d'exploitation, les revenus reportés découlent des situations suivantes :

i) Revenu spécifique pour des activités non récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent;

ii) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers.

Pour le fonds des activités régionalisées, les revenus reportés découlent de revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées proviennent des situations suivantes :

i) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers;

ii) Subvention reçue en fin d'exercice financier (trois derniers mois de l'exercice) ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent;

iii) Subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année;

iv) Subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

Régime de retraite

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestation déterminée gouvernementaux compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées.

3. Flux de trésorerie

Les flux de trésorerie du fonds d'exploitation, du fonds des activités régionalisées et des fonds affectés qui ne sont pas distinctement présentés au rapport financier annuel sont les suivants :

	2006	2005
Fonds d'exploitation :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	51 919 $	51 271 $
Fonds des activités régionalisées :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	191 923 $	83 125 $
Fonds affectés :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	130 232 $	556 768 $

4. Emprunt bancaire

Au 31 mars, l'Agence dispose d'une marge de crédit autorisée de 17 703 539 $ au taux préférentiel moins 1,5 %, dont 11 340 405 $ de la marge n'a pas encore été utilisée au 31 mars 2006. La convention de crédit est renégociable le 31 mars 2007.

5. Dette à long terme

La dette à long terme des fonds affectés Immobilisations et Équipements est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipement et est payable à Financement-Québec.

	2006	2005
Marge de crédit d'un montant autorisé de 36 000 000 $, portant intérêts aux taux d'acceptation + 0,3 % et venant à échéance le 31 mars 2023	941 260 $	1 905 271 $
Emprunts remboursables par versements annuels variables de capital, échéant le 31 mars 2023. L'intérêt, variant entre 3,889 % et 9,82 % est payable semestriellement.	35 262 663 $	36 971 532 $
	36 203 923 $	38 876 803 $
Tranche échéant à moins d'un an	2 403 419	2 527 252
	33 800 504 $	36 349 551 $

Les montants des versements en capital à effectuer au cours des cinq prochains exercices se détaillent comme suit :

2007	2 403 419 $
2008	3 795 861
2009	2 068 988
2010	8 906 131
2011	1 504 436
	18 678 835 $

6. Régimes de retraite

Les membres du personnel de l'agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. Les cotisations de l'exercice de l'agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentés au rapport financier annuel.

7. Provision pour vacances, congés de maladie, heures supplémentaires

Les sommes à payer au 31 mars 2006 au regard des banques vacances, congés de maladie et heures supplémentaires cumulés ne sont pas inscrites au rapport financier annuel et se détaillent ainsi :

	2006	2005
Vacances	418 909 $	434 675 $
Congés de maladie	66 894	69 916
Heures supplémentaires	43 692	41 226
	529 495 $	545 817 $

8. Opérations entre apparentés

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

9. Engagements contractuels

L'agence s'est engagée en vertu de baux à long terme échéants à diverses dates jusqu'au 11 juillet 2011 pour des locaux administratifs et des biens loués.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2006 concernant ces locaux asdministrastifs et ces biens loués s'élève à 239 579 $. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2007	230 441 $
2008	226 130
2009	220 599
2010	218 668
2011	213 662
2012 et subséquemment	1 078
	1 110 578 $

10. Engagements budgétaires

Engagements au niveau des fonds affectés

La direction s'est engagée à verser certaines sommes d'argent à des établissements, organismes ou projets qui n'étaient pas versées ni comptabilisées au 31 mars 2006. Voici le détail par fonds de ces montants :

Budget 03-00 – Location d'espace :	
. Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue	19 000 $
. Clair Foyer	4 472
	23 472 $
Budget 04-00 – Formation du réseau :	
. Formation intervenant – patients MPOC	14 431 $
. Formation intervenants pivots – équipes oncologie	6 384
. Lien d'attachement, sensibilisation au concept	10 900
. Appropriation de pouvoir	14 640
. Analyse hors laboratoire	2 399
. Crise suicidaire	7 200
. Formation de première ligne en alcoolisme et toxicomanie	2 351
. Rôles et responsabilités – membres de C.A. organismes comm.	1 500
. Inventaire concernant le bien-être de l'enfant (ICBE)	4 556
. Évaluation de l'autonomie des personnes âgées	3 000
. Programme de prévention en milieu scolaire	4 880
. Fonctionnement interne de l'autisme	4 430
. Projet clinique et organisationnel en santé mentale	5 700
	82 371 $
Budget 76 – Priorités régionales :	
Composante 03 – Services ultraspécialisés	
. Plan de modernisation des laboratoires	
- CSSS de Rouyn-Noranda	8 616 $
- CSSS de la Vallée-de-l'Or	13 990
. Projets RIS en radiologie	
- CSSS des Aurores-Boréales	10 737
- CSSS de la Vallée-de-l'Or	17 037
- CSSS de Rouyn-Noranda	23 551
- Réserve pour divers déboursés (services achetés, déplacements, etc)	22 808
. Projets	
- CSSS des Aurores-Boréales	6 498
	103 237 $

Situation financière des établissements

L'exercice financier 2005-2006 s'est soldé par un excédent régional de 1 395 849 $. Tous les établissements de la région démontrent un surplus budgétaire grâce à la vigilance et aux efforts constants des gestionnaires du réseau de l'Abitibi-Témiscamingue.

TABLEAU 26
BUDGET NET DE FONCTIONNEMENT EXCÉDENT OU (DÉFICIT) AU 31 MARS 2006

ÉTABLISSEMENTS	Budget net de fonctionnement 2005-2006 $	2004-2005 $	Excédent (déficit) 2005-2006 $	2004-2005 $
CSSS				
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	39 451 671	38 561 607	24 902	86 455
CSSS des Aurores-Boréales	33 511 306	32 737 720	297 151	357 893
CSSS de Rouyn-Noranda	53 505 243	52 258 110	4 321	48 220
CSSS de la Vallée-de-l'Or	57 879 491	56 638 825	41 111	(453 773)
CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	4 948 478	4 836 258	42 090	66 424
CSSS du Lac-Témiscamingue	19 531 199	19 125 312	4 908	4 010
SOUS-TOTAL	208 827 388	204 157 832	414 483	109 229
CRPDI – CRPDP - CRPAPT				
CRDI Clair Foyer	14 802 882	14 368 254	15 132	12 913
CR La Maison	11 116 717	10 760 139	165 314	265 198
Centre Normand	2 187 448	2 199 544	64 512	(19 610)
SOUS-TOTAL	28 107 047	27 327 937	244 958	258 501
CPEJ - CRJDA				
Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue	16 526 805	15 935 168	736 408	147 669
SOUS-TOTAL	16 526 805	15 935 168	736 408	147 669
TOTAL RÉGIONAL	253 461 240	247 420 937	1 395 849	515 399

* Avant l'analyse financière 2005-2006.

AUTORISATION D'EMPRUNT TEMPORAIRE ACCORDÉE AU 31 MARS 2006

Le nouvel amendement au cadre de gestion de mai 2005 vient renforcer et préciser davantage les cas, conditions et circonstances suivant lesquels un emprunt peut être autorisé en vertu du premier alinéa de l'article 296 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-42) ainsi que le montant maximal de ces emprunts. Les autorisations d'emprunts temporaires au titre des dépenses courantes de fonctionnement sont sous la responsabilité entière du ministre. Toute demande d'emprunt est acheminée à l'Agence qui l'analyse et fait les recommandations au MSSS. Sur recommandation favorable de l'Agence, le MSSS autorise l'emprunt temporaire. Aucune limite ou plafond régional n'est considéré pour les dépenses courantes de fonctionnement.

En ce qui concerne les autorisations d'emprunts temporaires au titre des dépenses en immobilisation, elles sont sous la responsabilité de l'Agence jusqu'à concurrence de 3 % du budget brut de l'établissement concerné et dans les limites du plafond régional de 1 793 000 $; au-delà de l'une ou l'autre de ces limites, l'autorisation de l'Agence est sujette à l'obtention d'une dérogation ministérielle.

TABLEAU 27
AUTORISATION D'EMPRUNT TEMPORAIRE ACCORDÉE AU 31 MARS 2006

NATURE DES DÉPENSES	$	%
Dépenses courantes de fonctionnement	4 800 000	1,8
Dépenses en immobilisation	1 949 324	0,7
Total régional	6 749 324	2,5

Subventions aux *organismes communautaires*

TABLEAU 28
LISTE DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SUBVENTIONNÉS PAR CATÉGORIE ET PAR SECTEUR D'ACTIVITÉS AU 31 MARS 2006
(non vérifiés)

ÉTABLISSEMENTS	Subvention accordée Programme SOC		Ententes de service et projets ponctuels	
	2005-2006 $	2004-2005 $	2005-2006 $	2004-2005 $
ALCOOLISME ET AUTRES TOXICOMANIES				
Accueil Harvey-Bibeau	149 878	142 405	50 000	50 000
Maison du Compagnon La Sarre	104 149	97 490	5 500	
Maison du Soleil levant de R-N	129 741	129 573		
Manoir du chemin pour la sobriété	20 498	20 133		
Piaule de Val-d'Or inc.	87 434	100 020	15 000	
Unité Domrémy de La Sarre	5 404	5 308		
Unité Domrémy de Val-d'Or	28 213	27 711	44 706	20 853
Sous-total	525 317	522 640	115 206	70 853
ASSISTANCE ET ACCOMPAGNEMENT				
Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes A-T			170 856	167 814
Sous-total	0	0	170 856	167 814
AUTRES RESSOURCES JEUNESSE				
Arrimage jeunesse			91 441	81 193
Assoc. Gr. frères Gr. sœurs A-O	13 726	13 482		
Assoc. Gr. frères Gr. sœurs R-N	8 654	10 000		
Assoc. Gr. frères Gr. sœurs V-D	8 558	9 906		
Centre ressources jeunesse AT			5 000	12 000
Conseil territorial de la jeunesse A-E			10 000	
Espace Val-d'Or	116 970	114 887		
Groupe IO			47 263	42 999
Interlocal jeunes Rouyn-Noranda			6 000	
Notre-Dame-du-Nord en santé			86 231	68 732
Projet jeunesse St-Michel	25 492	25 492		
Sous-total	173 400	173 767	245 935	204 924
AGRESSIONS À CARACTÈRE SEXUEL (CALACS)				
Assaut sexuel secours inc.	222 881	218 912		50 000
CALACS-ABITIBI (Centre aide/lutte agres. sexuelles)	20 363	20 000		
CAPACS A-O (Centre aide/prév. agres. sexuelles)	20 363	20 000		
Point d'appui	223 483	219 504		
Sous-total	487 090	478 416	0	50 000
CENTRES D'ACTIONS BÉNÉVOLES				
Centre de bénévolat La Sarre	41 556	40 816		
Centre de bénévolat Rouyn-Noranda	102 998	101 164		
Centre de bénévolat Val-d'Or	82 795	81 321	39 700	21 490
Centre de bénévolat Lac Témiscamingue	40 367	39 648		
Sous-total	267 716	262 949	39 700	21 490
CENTRES DE FEMMES				
Centre de femme l'Érige	107 585	105 669	11 091	
Collectif féministe	122 965	120 775	9 449	
Comité de la condition féminine	117 837	115 739	10 086	
Sous-total	348 387	342 183	30 626	0
COMMUNAUTÉS CULTURELLES				
Centre entraide et amitié autochtone Val-d'Or			8 952	3 419
Centre entraide et amitié autochtone Senneterre			1 500	
Sous-total	0	0	10 452	3 419

TABLEAU 28
LISTE DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SUBVENTIONNÉS PAR CATÉGORIE ET PAR SECTEUR D'ACTIVITÉS AU 31 MARS 2006 (SUITE)
(non vérifiés)

	Subvention accordée Programme SOC		Ententes de service et projets ponctuels	
	2005-2006 $	2004-2005 $	2005-2006 $	2004-2005 $
CONCERTATION RÉGIONALE				
CROC-AT	54 374	53 406		
Sous-total	54 374	53 406	0	0
FAMILLE				
CPE Au jardin de Pierrot			2 388	
CPE Cannelle et Pruneau			2 252	
Ligue La Lèche			11 000	14 000
Maison de la famille Amos			19 437	19 118
Maison de la famille La Sarre			20 346	20 010
Maison de la famille Malartic			6 290	6 205
Maison de la famille Rouyn-Noranda			35 774	35 164
Maison de la famille Senneterre			5 228	5 162
Maison de la famille de Val-d'Or			22 714	22 336
Pour tous les bouts de Chou			8 097	7 980
Sous-total	0	0	133 526	129 975
HOMMES EN DIFFICULTÉ				
Groupe Image du Témiscamingue	89 478	82 081		
SATAS (Service d'aide et de traitement en apprentissage social)	56 061	55 063	20 000	
Sous-total	145 539	137 144	20 000	0
MAINTIEN À DOMICILE				
Alliance des générations	6 004	5 897		
Ass. QC défense des droits personnes retraitées R-N			6 000	
Ass. QC défense des droits personnes retraitées V-D			4 500	
Bénévoles de Belcourt	4 082	4 009		
Bénévoles de Champneuf	5 136	5 045		
Bénévoles de Lamorandière	6 458	6 343		
Centre des bénévoles Uni-Joie	6 258	6 147		
Club de l'âge d'or de Ville-Marie	635	624		
Club de l'âge d'or de Vassan	3 500	3 500		
Comité bénévole Papillons dorés	4 381	4 303		
Comité bénévole Santé et Joie	6 394	6 280		
Comité bénévole Tournesol	3 731	3 665		
Comité de bénévoles de Rochebaucourt	5 372	5 276		
Comité de bénévoles Les Glaneurs	3 110	3 110		
Comité de bénévoles Landrienne	3 150	3 094		
Corporation Soutien-Accueil d'Amos	5 322	5 227		
Coup de pouce communautaire Malartic	10 819	10 626	3 000	
Domaine de l'Hirondelle	7 357	8 726	7 176	
Entraide de quartier Le Point d'eau	29 511	28 986		
FADOQ				5 000
Groupe d'actions bénévoles A-O	39 472	39 472		
Groupe de service d'entraide secteur Est du Témiscamingue	2 339	2 297		
Indépendance 65 +	10 181	10 000	2 673	4 625
Maisonnée (La)		4 000	4 324	
Popote roulante d'Amos	7 536	7 402		
Popote roulante de Val-d'Or	13 921	13 673		
Regroupement des personnes aidantes naturelles R-N	1 370	1 346	22 000	
Table des aînés de Senneterre			1 640	
Table de concertation pers. âgées du Témiscamingue	46 257	45 433	7 000	
Sous-total	232 296	234 481	58 313	9 625

TABLEAU 28
LISTE DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SUBVENTIONNÉS PAR CATÉGORIE ET PAR SECTEUR D'ACTIVITÉS AU 31 MARS 2006 (SUITE)
(non vérifiés)

ÉTABLISSEMENTS	Subvention accordée Programme SOC		Ententes de service et projets ponctuels	
	2005-2006	2004-2005	2005-2006	2004-2005
	$	$	$	$
MAISON D'HÉBERGEMENT POUR FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE				
Alternative pour elles	514 014	503 136	34 095	
Maison Mikana	410 419	413 520	23 711	
Maison d'hébergement l'Équinoxe	357 278	350 786	26 445	
Maison d'hébergement Le Nid	437 258	427 910	29 321	
Sous-total	1 718 969	1 695 352	113 572	0
MAISONS DE JEUNES				
Campus Jeunesse de Cadillac	28 149	27 889	200	2 800
Jeunesse Action Val-d'Or inc.	75 399	67 339	2 000	95 757
Liaison 12-18 inc.	68 200	67 160		2 800
Maison des jeunes de Barraute	28 150	28 870	1 400	
Maison des jeunes de Landrienne			2 500	2 500
Maison des jeunes du Témiscamingue	72 023	67 343	11 147	11 147
Maison des jeunes F.R.A.D. inc.	50 000	50 000		
Maison des jeunes de La Sarre	69 419	67 339	200	35 300
Parcours-rue			86 982	
Refuge jeunesse Malartic inc.	63 327	62 027		300
Soupape Maison des jeunes inc.	75 143	67 343		11 099
Sous-total	529 810	505 310	104 429	161 703
MESURE DE RECHANGE				
Liaison justice (Référence jeunesse A-T)	484 043	475 424		
Sous-total	484 043	475 424	0	0
MULTICLIENTÈLES				
Corporation de développement communautaire Universeau	17 530	17 218		
Mouvement relève d'Amos			47 662	43 270
ORDET	76 687	75 321		
Sous-total	94 217	92 539	47 662	43 270
PERSONNES DÉMUNIES				
Centre Bernard-Hamel	35 314	26 354	11 435	33 844
Fraternité St-Michel	16 010	17 510		
Maison St-André A-O	24 948	21 408	11 436	
Regroup. d'entraide sociale du Témiscamingue	36 336	35 688	25 256	12 881
Sous-total	112 608	100 960	48 127	46 725
PERSONNES HANDICAPÉES				
Accueil – association personnes et parents Senneterre		7 092		
Actia	23 965	23 538		
Aile brisée (L)			6 806	10 624
Arche d'Amos (Saule Fragile)	201 665	198 072	25 039	24 595
Ass. parents d'enfants handicapés A-O	4 871	4 784		
Ass. de parents d'enfants handicapés du Témiscamingue	15 162	14 892	17 370	14 500
Ass. intégration sociale	44 071	42 887	19 240	24 790
Ass. Qc enfants dysphasiques (audimuets)	5 404	5 308		
Ass. Qc enfants problèmes auditifs (AQEPA)		6 200		
Ass. sourds et malentendants	10 097	9 917		
Ass. voir sans voir	9 874	9 698		
Centre amitié Témis				1 605
Centre La Mésange	10 853	3 761	6 141	5 051
Centre d'intégration physique l'Envol	22 432	22 033		
Centre ressources et vie autonome	24 482	24 046	3 033	1 260
Club A.C.V. Rouyn-Noranda inc.	9 553	9 383		
Club de l'amitié des handicapés d'Abitibi-Ouest	27 765	27 271	11 875	11 663
Club des handicapés de Val-d'Or	18 037	17 718	16 857	15 484

TABLEAU 28
LISTE DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SUBVENTIONNÉS PAR CATÉGORIE ET PAR SECTEUR D'ACTIVITÉS AU 31 MARS 2006 (SUITE)
(non vérifiés)

	Subvention accordée Programme SOC		Ententes de service et projets ponctuels	
	2005-2006 $	2004-2005 $	2005-2006 $	2004-2005 $
Corporation de répit-dépannage La Chrysalide	57 989	56 956	11 872	11 661
Intrépides Rouyn-Noranda	24 000	24 411	3 244	
Parrainage civique de l'A-T			12 000	
Pilier (Le)	20 327	18 010		10 080
RASPHA (Regroup. des associations services aux personnes handicapées Amos)	26 256	25 788		
Réseau régional de récupération			2 760	
Ressource d'aide et service aux personnes handicapées AT et Nord Qc	10 822	18 799	533 646	469 119
Société québécoise de l'autisme de l'Abitibi-Témiscamingue	37 530	36 863	92 852	91 968
Sous-total	605 155	607 427	762 735	692 400
SANTÉ MENTALE				
Appartements communautaires Le Pont	5 240	5 147		
Centre de prévention suicide du Témiscamingue	29 965	29 431		
Centre de prévention suicide de Rouyn-Noranda	69 391	68 155	4 400	3 510
Centre de prévention suicide de Malartic	19 068	18 728		
Centre de prévention suicide de Senneterre	16 429	16 136	862	3 042
Centre de prévention suicide de Val-d'Or	50 269	49 374	3 850	4 066
Centre rég. de prévention suicide A-T	227 392	281 567	4 509	
Chaumière (La)	130 315	127 995		
Comité de prévention suicide d'Amos	49 527	48 645	5 200	6 866
Comité local prévention suicide A-O	38 614	37 926	2 000	7 053
Entretoise du Témiscamingue	104 125	102 271		
Équipe La Petite Rencontre	137 100	134 657	24 289	23 858
Giboulée (La)	98 992	97 238	24 277	23 809
Groupe en toute amitié de Senneterre	5 322	6 727		
Groupe Soleil	125 864	123 617	80 954	79 518
Maison 4 saisons du Témiscamingue	102 079	101 761	7 000	
Pont (Le) de Rouyn-Noranda	177 598	174 429	17 955	17 642
Portail (Le) (Ass. parents et amis du malade mental)	63 805	49 006	9 528	9 390
RAIDD-AT (Res.aide & int.def.droits A-T)			65 786	43 333
Relais (Le)	63 622	45 408		
Rescousse (La)	63 692	45 407	17 157	16 920
Résidence des Saules	20 948	20 575		
TCROCASMAT			24 131	23 701
Trait Union (Le)	203 874	200 214	49 875	49 017
Valpabem	63 798	48 800	9 755	9 617
Sous-total	1 867 029	1 833 214	351 528	321 342
SANTÉ PHYSIQUE				
Albatros 08 inc.	17 308	25 125		
Amis de l'Envol	4 205	4 130		
Association de la fibromyalgie	16 064	23 903	4 000	
Association des diabétiques du Témiscamingue	4 730	4 646		
Association diabète de R-N	4 073	4 000		
Maison de la source Gabriel			50 000	
Société Alzheimer de R-N	19 994	21 138		
Société Alzheimer de Val-d'Or	26 187	25 721		
Société sclérose en plaques A-T	22 685	22 281		
Sous-total	115 246	130 944	54 000	0
SIDA				
Centre des ROSÉS de l'A-T	50 906	50 000		
Sous-total	50 906	50 000		0
TOTAL	7 812 102	7 696 156	2 306 667	1 923 540

5

CODE D'ÉTHIQUE DES ADMINISTRATEURS PUBLICS DE L'AGENCE

5 CODE D'ÉTHIQUE DES ADMINISTRATEURS PUBLICS DE L'AGENCE

En vertu de l'article 3.0.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*, le conseil d'administration de toute agence est tenu d'établir un code d'éthique et de déontologie.

Celui-ci rappelle les administrateurs à un devoir d'éthique et de loyauté et indique les modalités à suivre si l'on juge qu'il y a des irrégularités.

Les formulaires de « Déclaration des intérêts des administrateurs publics » et « Engagement personnel » ont été complétés et signés par tous les membres du conseil d'administration de l'Agence, sans exception.

À ce jour, il n'y a eu aucun manquement au code d'éthique.

Introduction

La présente section indique les principes d'éthique devant guider les administrateurs publics de l'Agence (ci-après nommé l'administrateur ou les administrateurs). Le terme « administrateurs publics » vise les membres du conseil d'administration, le président-directeur général et le directeur de santé publique.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2 (ci appelée « la loi ») rappelle les principes émis dans le Code civil du Québec quant aux actions des administrateurs publics. Ils sont formulés en regard des membres de conseil d'administration d'une agence (article 406).

> « ... les administrateurs doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait, en pareilles circonstances, une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'agence et de la population de la région pour laquelle l'agence est instituée. »

D'autre part, *le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (L.R.Q., c.M-30 a.3.0.1 et 3.0.2, 1977, c.6a.1) précise, à l'article 4 :

> «...Les administrateurs publics sont nommés ou désignés pour contribuer, dans le cadre de leur mandat, à la réalisation de la mission de l'État et, le cas échéant, à la bonne administration de ses biens...»

Dans le cadre de la gouverne régionale instaurée en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q. C. S-4.2), tel qu'amendée par la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives* (L.R.Q. 2001, ch. 24), le conseil d'administration de l'Agence est appelé à poursuivre son rôle en tant qu'instance dédiée à la prise de décision sur les grandes politiques et orientations régionales et à la reddition de comptes. Il doit assumer quatre grandes responsabilités :

- assurer la participation de la population;
- définir les politiques et orientations;
- allouer les ressources;
- assurer la surveillance et le contrôle des résultats découlant de ses décisions.

La nomination par le gouvernement des membres du conseil d'administration fait en sorte qu'ils sont assujettis aux dispositions *du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics découlant de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (ci-après, le Règlement), lequel Règlement a pour objet (article 1) :

> « ... de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration publique, de favoriser la transparence au sein des organismes et des entreprises du gouvernement et de responsabiliser les administrateurs et les administrateurs publics. »

Le code d'éthique exprime la volonté de l'ensemble des administrateurs d'avoir des comportements au-dessus de tout soupçon et cohérents avec les obligations de dépositaires de fonds publics.

DÉCLARATION DE PRINCIPE

Attendu que les administrateurs identifient les priorités relativement aux besoins de la population à desservir et aux services à lui offrir, en tenant compte de l'état de santé et de bien-être de la population de sa région, des particularités socioculturelles et linguistiques de cette population, des particularités sous-régionales et socio-économiques de la région et d'élaborer des orientations à cet égard;

Attendu que l'exercice de la fonction d'administrateur doit tenir compte des règles de l'efficacité, de la moralité, de la crédibilité et de la confidentialité;

Les administrateurs de l'Agence s'engagent à respecter les principes suivants dans le processus de décisions auxquels ils seront appelés à participer :

- primauté des intérêts de la population à desservir;
- équité dans la distribution des ressources dans la région.

En conséquence, les administrateurs s'engagent également à respecter chacun des articles du présent code d'éthique des administrateurs publics de l'Agence.

Dispositions générales

Le présent code d'éthique détermine les devoirs et les obligations de conduite des administrateurs dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

En cas de doute, l'administrateur agit selon l'esprit des principes et des règles du présent code et du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* (L.R.Q., c.M-30, r.01). Il doit, de plus, organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions.

OBJECTIF DU CODE D'ÉTHIQUE

Le présent code d'éthique a pour objectif de faire en sorte que toutes les personnes concernées connaissent les règles que l'organisation leur indique de suivre, pour qu'il y ait, non seulement apparence, mais aussi évidence d'honnêteté, de transparence et absence de bénéfice personnel dans leurs activités à l'Agence.

PERSONNES CONCERNÉES PAR LE CODE D'ÉTHIQUE

Ce code d'éthique s'applique exclusivement aux membres du conseil d'administration, au président-directeur général et au directeur de santé publique de l'Agence, puisqu'ils ont été nommés par le gouvernement.

DEVOIRS ET OBLIGATIONS

- L'administrateur s'engage à agir avec soin, prudence, diligence et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances, une personne de bonne foi, raisonnable, avec honnêteté et loyauté.
- L'administrateur s'engage à agir de façon courtoise et à maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.
- L'administrateur s'engage à rendre ses décisions en fonction de leurs implications sur la qualité et l'accessibilité des services; il tient donc compte de l'ensemble des conséquences que peut avoir son administration sur le service à donner au public et sur le bon usage des fonds publics.
- L'administrateur s'engage à assister aux assemblées du conseil d'administration ou à défaut, il motive son absence.
- L'administrateur s'engage, dans le processus décisionnel, à prendre connaissance de tous les éléments de la question, à demander des informations complémentaires et des éclaircissements au besoin; il se prononce alors de la manière la plus objective possible.
- L'administrateur s'engage à agir avec respect et dignité dans la manifestation publique de ses opinions.
- L'administrateur s'engage à respecter la confidentialité des renseignements obtenus dans l'exercice de sa fonction; à ce chapitre, il devra s'abstenir de toute fuite ou confidence lorsque le conseil aura décidé de les maintenir à huis-clos.
- L'administrateur s'engage à s'acquitter de sa charge en évitant tout état ou comportement susceptible de discréditer le conseil d'administration ou de compromettre son bon fonctionnement.
- L'administrateur s'engage à éviter toute partisannerie politique dans l'exercice de ses fonctions.

RÈGLES RELATIVES AUX CONFLITS D'INTÉRÊTS, DE RÔLES ET DE RESPONSABILITÉS

- L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.
- L'administrateur prévient tout conflit d'intérêts, de rôles et de responsabilités et évite de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir objectivement ses fonctions.
- L'administrateur ne recherche pas, pour lui ou son entourage, des avantages personnels dans l'exercice de ses fonctions.
- De plus, l'administrateur ne confond pas les biens de l'organisme avec les siens et ne les utilise pas à son profit ou au profit d'un tiers.
- Le fait d'être un administrateur de l'Agence ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit.

Le fait d'être un membre du conseil d'administration de l'Agence ne lui donne aucun pouvoir ou privilège particulier autres que ceux dont il est investi dans le cadre d'une assemblée du conseil d'administration dûment convoquée ou qu'il agit dans le cadre d'un mandat reçu du conseil d'administration.

- L'administrateur doit considérer chaque proposition à son mérite propre lorsqu'il doit se prononcer sur une question et, conséquemment, s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration ou avec toute autre personne.

DÉCLARATION D'INTÉRÊT

Compte tenu des règles énoncées sur les conflits d'intérêts, de rôles et de responsabilités, l'administrateur s'engage à respecter les dispositions de l'article 154 de la loi dans les situations où il a un intérêt pécuniaire dans une entreprise, à savoir :

> ***Article 154***
> *Tout membre d'un conseil d'administration, autre qu'un directeur général, qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou de l'un des établissements qu'il administre, doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.*
>
> *Le fait, pour un membre du conseil d'administration, d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée dans le présent article, ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si le membre du conseil d'administration en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., chapitre V-1.1).*

- L'administrateur dépose annuellement devant le conseil d'administration une déclaration d'intérêt (annexe I) écrite, mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'Agence par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires.

En cours d'année, si sa situation évolue, l'administrateur a la responsabilité et l'obligation de procéder au dépôt d'une nouvelle déclaration d'intérêt.

ACTIVITÉS POLITIQUES

- Lorsqu'un administrateur est désigné comme porte-parole de l'Agence, il fait preuve de réserve dans la manifestation publique de ses opinions politiques.

- Le président ou la présidente du conseil d'administration ou le président-directeur général qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du conseil exécutif.

- La personne élue à la présidence du conseil d'administration ou le président-directeur général qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions; les articles 22 à 26 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* (L.R.Q., c.M-30, r.01) précisent alors les règles applicables à sa situation.

RÈGLES RELATIVES AUX ASSEMBLÉES

- Le membre du conseil d'administration respecte les règlements régissant la procédure des réunions; à ce titre, il reconnaît l'autorité de la personne qui préside dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté de l'assemblée.
- Le membre du conseil d'administration respecte les droits et privilèges des autres administrateurs.
- Le membre du conseil d'administration respecte l'intégrité et la bonne foi de ses collègues; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité et la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera le huis-clos pour ce faire.
- Le membre du conseil d'administration, dans le cadre d'une assemblée, conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.
- Le membre du conseil d'administration peut, s'il le désire, faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal.
- Le membre du conseil d'administration évite de ternir la réputation de l'Agence et de toutes les personnes qui y oeuvrent.

INTERDICTION DES PRATIQUES RELIÉES À LA RÉMUNÉRATION

L'administrateur ne sollicite pas, n'accepte pas et n'exige pas d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté.

- Le membre du conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.
- Le président-directeur général et le directeur de santé publique ne peuvent recevoir, en outre de leur rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi.

DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'APRÈS-MANDAT

- Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit qui ne sont pas d'ordre public et dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.
- Le membre du conseil d'administration témoigne de respect envers l'Agence et son conseil d'administration.

MÉCANISME D'APPLICATION ET DE RESPECT DU CODE

- Le président ou la présidente du conseil d'administration s'assure du respect des principes d'éthique par les administrateurs.
- Dès son entrée en fonction, toute personne nommée au conseil d'administration doit s'engager à respecter le présent code et signer, à cet effet, l'engagement personnel (annexe II).

- Dès son entrée en fonction, toute personne nommée au conseil d'administration complète, signe et remet une déclaration qui apparaît à l'annexe I du présent code et elle amende cette déclaration dès qu'elle connaît un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.

- Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique, en saisit le président ou la présidente du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier ou de cette dernière, le vice-président ou la vice-présidente du conseil d'administration.

- Le président ou la présidente du conseil d'administration consulte le comité d'éthique afin de déterminer s'il y a eu manquement au code d'éthique ou, pour l'aider dans sa décision, d'en saisir ou non le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs.

- Le président ou la présidente du conseil d'administration qui est d'avis qu'il y a eu un manquement de la part d'un administrateur, pouvant entraîner une sanction disciplinaire, avise le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif qui est l'autorité compétente pour agir.

- Ce comité est consultatif au président ou à la présidente du conseil d'administration à qui la décision finale appartient. Le comité est composé de trois membres du conseil d'administration, excluant les officiers. Il décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation; il est entendu que la confidentialité doit être compatible avec l'équité procédurale.

- Lorsque le comité en vient à la conclusion que l'administrateur a enfreint la loi ou le présent code ou qu'il a fait preuve d'une inconduite de nature similaire, il rédige un rapport contenant un sommaire de l'enquête. Ce rapport est confidentiel.

- Le président ou la présidente du conseil d'administration transmet ce rapport au secrétaire général associé, responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif.

ENQUÊTE ET IMMUNITÉ

- Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions.

- Les personnes qui effectuent les enquêtes sont tenues à la confidentialité.

PUBLICITÉ DU CODE D'ÉTHIQUE

- L'Agence rend accessible un exemplaire du code d'éthique des administrateurs à toute personne qui en fait la demande.

- L'Agence publie dans son rapport annuel de gestion, le code d'éthique des administrateurs.

- Le rapport annuel de gestion de l'Agence fait état :
  a) du nombre et de la nature des signalements reçus;
  b) du nombre de cas traités et de leur suivi;
  c) de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
  d) des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de leur charge.

12

ANNEXES

Annexe 1

Déclaration des intérêts des administrateurs publics

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
Québec

Je, _____, déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après et qui font affaire avec l'Agence ou qui sont susceptibles d'en faire.

   _____
   _____

2. J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après et qui est partie à un contrat avec l'Agence ou qui est susceptible de le devenir.

   _____
   _____

3. J'occupe les emplois suivants :

Emploi	Employeur
_____	_____
_____	_____
_____	_____

4. J'occupe une fonction ou suis membre des organismes suivants :

   _____
   _____
   _____
   _____

En vertu de la présente déclaration, je m'engage, sous peine de déchéance de ma charge, à m'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle j'ai des intérêts est débattue.

_____	_____
Prénom et nom	Signée à
_____	_____
Signature de l'administrateur	Jour / mois / année

Annexe 2

Engagement personnel

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
Québec

AGENCE DE LA DE SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

• • •

Je, _____, administrateur à l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, ai pris connaissance du Code d'éthique des administrateurs

Je déclare en comprendre le sens et la portée.

_____ _____

Signature Date

Annexe 3

Effectifs des établissements au 31 mars 2006

PERSONNEL	2005-2006	2004-2005	Variation
PERSONNEL CADRE			
Temps complet (excluant les personnes bénéficiant des mesures de stabilité d'emploi)	233	224	9
Temps partiel (excluant les personnes bénéficiant des mesures de stabilité d'emploi) :			
• **Nombre de personnes**	30	26	4
• **Équivalents temps complet**	20	17	3
Personnes bénéficiant des mesures de stabilité d'emploi	12	7	5
PERSONNEL RÉGULIER			
Temps complet (excluant les personnes bénéficiant des mesures de sécurité d'emploi)	2248	2241	7
Temps partiel (excluant les personnes bénéficiant des mesures de sécurité d'emploi)			
• **Nombre de personnes**	1414	1417	- 3
• **Équivalents à temps complet**	913	873	40
Personnes bénéficiant des mesures de sécurité d'emploi	8	8	0
PERSONNEL NON-DÉTENTEUR DE POSTE			
• **Nombre d'heures rémunérées**	1 609 582	1 648 207	- 38 625
• **Équivalents à temps complet**	878	902	- 24

Source : Données opérationnelles selon le rapport financier annuel AS-471 au 31 mars 2006 (page 233).

Service régional de la main-d'œuvre de l'Abitibi-Témiscamingue au 31 mars 2006

SECTEURS D'ACTIVITÉS	Nombre de sécuritaires disponibles
EMPLOYÉS DE BUREAU	1
PROFESSIONNELS	1
TECHNICIENS	1
TOTAL	3

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec

Abitibi-
Témiscamingue